



UNIVERSITE CADI AYYAD  
FACULTE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE  
MARRAKECH

ANNEE 2007

THESE N° 36

**Éducation pour la santé  
materno-infantile : évaluation  
d'un programme de formation  
des personnes relais a al haouz.**

---

THESE

PRESENTEE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT LE ..../.../2007  
PAR

Mme. **Ouiam KHALIL**

Née le 15/05/1981 à Marrakech

POUR L'OBTENTION DU DOCTORAT EN MEDECINE

---

MOTS CLES

Santé materno-infantile - Education pour la santé - Evaluation

---

JURY

<b>Mr. M. SBIHI</b> Professeur de pédiatrie	PRESIDENT
<b>Mr. A. ABOUSSAD</b> Professeur de pédiatrie	RAPPORTEUR
<b>Mr. A. SOUMMANI</b> Professeur de Gynécologie- obstétrique	} JUGES
<b>Mme. L. ESSAADOUNI</b> Maître de conférence agrégée de médecine interne	
<b>Mr. K. BENHASSAN</b> Coordinateur régional du UNFPA	MEMBRE ASSOCIE

## **Serment d'Hippocrate**

Au moment d'être admis à devenir membre de la profession médicale, je m'engage solennellement à consacrer ma vie au service de l'humanité.

Je traiterai mes maîtres avec le respect et la reconnaissance qui leur sont dus.

Je pratiquerai ma profession avec conscience et dignité.

La santé de mes malades sera mon premier but.

Je ne trahirai pas les secrets qui me seront confiés.

Je maintiendrai, par tous les moyens en mon pouvoir, l'honneur et les nobles traditions de la profession médicale.

Les médecins sont mes frères.

Aucune considération de religion, de nationalité, de race, aucune considération politique et sociale ne s'interposera entre mon devoir et mon patient.

Je maintiendrai le respect de la vie humaine dès la conception.

Même sous la menace, je n'userai pas de mes connaissances médicales d'une façon contraire aux lois de l'humanité.

**UNIVERSITE CADI AYYAD**  
**FACULTE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE**  
**MARRAKECH**

DOYENS HONORAIRES : Pr. MEHADJI Badie- azzamanne

VICE DOYENS HONORAIRES : Pr. FEDOUACH sabah

: Pr. AIT BEN ALI said

**ADMINISTRATION**

DOYEN : Pr. ALOUI YAZIDI Abdelhaq

VICE DOYEN : Pr. BOURASS Najib

**PROFESSEURS D'ENSEIGNEMENT SUPERIEUR**

Pr. ALAOUI YAZIDI (Doyen)	Abdelhaq	Pneumo-phtisiologie
Pr. ABBASSI	Hassan	Gynécologie Obstétrique
Pr. ABOUSSAD	Abdelmounaim	Pédiatrie
Pr. AIT BEN ALI	Said	Neurochirurgie
Pr. BOUSKRAOUI	Mohamed	Pédiatrie
Pr. EL IDRISSE DAFALI	My abdelhamid	Chirurgie Générale
Pr. ESSADKI	Boubker	Traumatologie
Pr. FIKRI	Tarik	Traumatologie
Pr. KRATI	Khadija	Gastro-entérologie
Pr. OUSEHAL	Ahmed	Radiologie
Pr. RAJI	Abdelaziz	Oto-Rhino-Laryngologie
Pr. SBIHI	Mohamed	Pédiatrie
Pr. SOUMMANI	Abderraouf	Gynécologie Obstétrique

## PROFESSEURS AGREGES

Pr. ABOUFALLAH	Abderrahim	Gynécologie – Obstétrique
Pr. AMAL	Said	Dermatologie
Pr. AIT SAB	Imane	Pédiatrie
Pr. ASRI	Fatima	Psychiatrie
Pr. ASMOUKI	Hamid	Gynécologie – Obstétrique
Pr. BELAABIDIA	Badia	Anatomie – Pathologique
Pr. BEN ELKHAIAT	Ridouan	Chirurgie – Générale
Pr. BOUMZEBRA	Drissi	Chirurgie Cardiovasculaire
Pr. BOURASS (Vice-Doyen)	Najib	Radiothérapie
Pr. CHABAA	Leila	Biochimie
Pr. EL HASSANI	Selma	Rhumatologie
Pr. ESSAADOUNI	Lamiaa	Médecine Interne
Pr. FINECH	Benasser	Chirurgie – Générale
Pr. GHANNANE	Houssine	Neurochirurgie
Pr. GUENNOUN	Nezha	Gastro-entérologie
Pr. KISSANI	Najib	Neurologie
Pr. LATIFI	Mohamed	Traumato – Orthopédie
Pr. LOUZI	Abdelouahed	Chirurgie générale
Pr. MAHMAL	Lahoucine	Hématologie – Clinique
Pr. MAHMAL	Lahoucine	Hématologie clinique
Pr. MANSOURI	Nadia	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
Pr. MOUDOUNI	Said mohamed	Urologie
Pr. MOUTAOUAKIL	Abdeljalil	Ophtalmologie
Pr. TAZI	Imane	Psychiatrie
Pr. SAIDI	Halim	Traumato-Orthopédie
Pr. SAMKAOUI	Mohamed Abdenasser	Anesthésie-Réanimation
Pr. SARF	Ismail	Urologie
Pr. YOUNOUS	Said	Anesthésie-Réanimation

## PROFESSEURS ASSISTANTS

Pr. ADERDOUR	Lahcen	Oto–Rhino–Laryngologie
Pr. ADMOU	Brahim	Immunologie
Pr. AKHDARI	Nadia	Dermatologie
Pr. AMINE	Mohamed	Epidémiologie – Clinique
Pr. BAHA ALI	Tarik	Ophthalmologie
Pr. BOURROUS	Monir	Pédiatrie
Pr. DAHAMI	ZAKARIA	Urologie
Pr. DIOURI AYAD	Afaf	Endocrinologie et maladies métaboliques
Pr. EL ADIB	Ahmed rhassane	Anesthésie–Réanimation
Pr. ATTAR	Hicham	Anatomie – Pathologique
Pr. EL HATTAOUI	Mustapha	Cardiologie
Pr. EL HOUDZI	Jamila	Pédiatrie
Pr. EL FEZZAZI	Redouane	Chirurgie – Pédiatrique
Pr. ETTALBI	Saloua	Chirurgie – Réparatrice
Pr. LMEJJATTI	Mohamed	Neurochirurgie
Pr. MAHMAL	Aziz	Pneumo – Phtisiologie
Pr. MANOUDI	Fatiha	Psychiatrie
Pr. NAJEB	Youssef	Traumato – Orthopédie
Pr. NEJMI	Hicham	Anesthésie – Réanimation
Pr. OULAD SAIAD	Mohamed	Chirurgie – Pédiatrique
Pr. TAHRI JOUTEH HASSANI	Ali	Radiothérapie
Pr. TASSI	Nora	Maladies – Infectieuses
Pr. SAIDI	Halim	Traumato – Orthopédie
Pr. ZOUGARI	Leila	Parasitologie –Mycologie

# REMERCIEMENTS

**JE DEDIE CETTE THESE :**

**A NOTRE MAITRE ET PRESIDENT DE THESE MONSIEUR LE PROFESSEUR**

**M.SBIHI**

**Professeur de Pédiatrie au CHU Mohammed VI de Marrakech**

**Faculté de Médecine et de Pharmacie de Marrakech.**

Je suis très touchée par l'honneur que vous me faites en présidant le jury de ma thèse.  
Votre compétence pratique et professionnelle ainsi que votre compréhension à l'égard des  
étudiants m'inspirent une grande admiration.

Veillez croire à ma reconnaissance et à ma grande estime.

**A NOTRE MAITRE ET RAPPORTEUR DE THESE MONSIEUR LE**

**PROFESSEUR A.ABOUSSAD**

**Professeur de Pédiatrie au CHU Mohammed VI de Marrakech**

**Faculté de Médecine et de Pharmacie de Marrakech.**

Vous m'avez fait l'honneur de m'avoir confié le sujet de cette thèse.  
Votre culture scientifique et votre simplicité exemplaire ainsi que votre professionnalisme  
sont pour moi une source d'admiration et de profond respect.

Veillez trouver ici l'expression de ma reconnaissance, de mon profond respect et de ma  
vive gratitude.

**A NOTRE MAITRE ET JUGE DE THESE MONSIEUR LE PROFESSEUR**

**A.SOUMMANI**

**Professeur de Gynécologie obstétrique au CHU Mohammed VI de**

**Marrakech**

**Faculté de Médecine et de Pharmacie de Marrakech.**

Je suis très honorée par votre présence au sein de notre jury de thèse.  
Permettez moi de vous exprimer ma profonde gratitude et ma grande estime.

**A NOTRE MAITRE ET JUGE DE THESE MADAME LE PROFESSEUR**

**L. ESSAADOUNI**

**MAITRE DE CONFERENCE AGREGEE DE MEDECINE INTERNE au CHU**

**Mohammed VI de Marrakech**

**Faculté de Médecine et de Pharmacie de Marrakech.**

Je suis très sensible au grand honneur que vous me faites en acceptant de juger  
notre travail.  
Veuillez trouver ici, l'expression de ma gratitude et de ma haute considération.

**A NOTRE INVITE ET MEMBRE ASSOCIE DE THESE MONSIEUR LE**

**DOCTEUR K. BENHASSAN**

**Coordinateur régional du FNUAP.**

Je suis très honorée par votre présence au sein de notre jury de thèse.  
Permettez moi de vous exprimer ma profonde gratitude et ma grande estime.

A toute l'équipe sans laquelle notre travail ne serait mené à terme, je cite :

L'association ENAKHIL spécialement : Maria, Najat et Khadija qui m'ont accompagné sur terrain.

La délégation du Ministère de la santé publique

Les personnes relaies

Les responsables du programme, UNFPA

Les familles des villages

Le laboratoire d'écologie humaine, faculté des sciences Semlalia

## TABLE DES MATIERES

INTRODUCTION	1
OBJECTIF DE LA THESE	4
MATERIEL ET METHODES	6
I. <u>Présentation du projet</u>	7
1-objectifs du projet	7
1-1 : objectif général	7
1-2 : objectifs spécifiques	7
2-partenaires	8
3-durée et séances	8
4-formation	8
II. <u>Matériel</u>	9
III. <u>Méthodes</u>	10
RESULTATS	12
I. <u>Profil social des mères</u>	13
1- Age	13

2- Parité	13
3- Niveau d'instruction	14
4- Etat matrimonial	14
5- Appartenance géographique	14
<b><u>II. Connaissances des femmes en matière d'hygiène</u></b>	<b>15</b>
1-Traitement de l'eau et des aliments	15
2- Lavage des mains et hygiène buccale	16
3-Traitement des selles et des ordures	16
<b><u>III. Connaissances des femmes en matière de grossesse</u></b>	<b>17</b>
1- Connaissances des femmes en matière de fécondité et grossesse.	17
2- Signes cliniques de la grossesse	17
3- Signes alarmants au cours de la grossesse	18
<b><u>IV. Connaissances des femmes en matière d'accouchement</u></b>	<b>18</b>
1-Signes cliniques de l'accouchement	18
2-Signes de gravité d'un accouchement imposant la surveillance en milieu spécialisé	19
3-Avantages de l'accouchement en milieu spécialisé	19
<b><u>V. Connaissances des femmes en matière de planification familiale</u></b>	<b>20</b>
1-Règles d'utilisation et inconvénients de la pilule contraceptive	20
2-Méthodes contraceptives à long terme et contraception chirurgicale	20

<b><u>VI. Connaissances des femmes en matière d'infections sexuellement transmissibles</u></b>	<b>21</b>
1–Signes cliniques des IST	21
2–Complications des IST non traitées	21
3–Moyens de prévention des IST	22
<b><u>VII. Connaissances des femmes en matière de maladies diarrhéiques</u></b>	<b>22</b>
1–Modes de propagation et les signes de gravité de la diarrhée	23
2–Règles à suivre devant une diarrhée aigue	23
<b><u>VIII. Connaissances des femmes en matière de développement de l'enfant</u></b>	<b>24</b>
1–Développement psychomoteur de l'enfant	24
2–Connaissances des mères concernant le carnet de surveillance	25
<b><u>IX. Connaissances des femmes en matière d'accidents de l'enfant</u></b>	<b>25</b>
1–Différents accidents des enfants à l'intérieur et à l'extérieur de la maison	25
2–Règles de prévention des accidents à l'intérieur de la maison	26
<b><u>X. Connaissances des femmes en matière de vaccination</u></b>	<b>26</b>
1–Maladies cibles du PNI	26
2–Nombre des vaccins recommandés avant l'âge de 9 mois	27
<b><u>XI. Connaissances des femmes en matière d'infections</u></b>	<b>27</b>

## respiratoires aiguës

1–Signes cliniques d'infections respiratoires aiguës 27

2–Règles de prévention contre les IRA 28

## XII. Connaissances des femmes en matière des angines 28

1–Signes cliniques et risque des angines 28

## XII. Connaissances des femmes en matière des droits de l'enfant 29

## DISCUSSION 31

### I. Education pour la santé et promotion de la santé ; bases conceptuelles 34

1–Définitions et bases théoriques 34

1-1 concepts 34

1-2 coût 36

1-3 limites 36

2–Participation communautaire 38

### II. Education pour la santé en matière de la santé de l'enfant 40

1–Epidémiologie 40

1-1-Epidémiologie nationale 40

1-2-Epidémiologie internationale 44

2–Place de l'éducation pour la santé 45

3–Education pour la santé et Prise en charge intégrale des maladies de l'enfant 54

<b>II. <u>Education pour la santé en matière de la santé maternelle</u></b>	<b>57</b>
1-Situation Epidémiologique	57
2-Place de l'éducation pour la santé dans l'amélioration de la santé maternelle	60
<b>IV. <u>Evaluation des programmes de santé</u></b>	<b>67</b>
<b>CONCLUSION</b>	<b>71</b>
<b>RESUMES</b>	
<b>ANNEXES</b>	
<b>REFERENCES</b>	

## LISTE DES ABREVIATIONS

**ATB:** antibiotiques

**AVP :** accidents de la voie publique

**CPN:** consultations prénatales

**DHA :** déshydratation

**EPSF:** enquête sur la population et la santé familiale

**FNUAP:** fonds des nations unies pour la population

**IEC:** information éducation communication

**IM :** intramusculaire

**IRA:** infections respiratoires aiguës

**IST:** infections sexuellement transmissibles

**MSP:** ministère de la santé publique

**ONG:** organisation non gouvernementale

**OMI:** oedèmes des membres inférieurs

**OMS:** organisation mondiale de la santé

**PCIME :** prise en charge intégrale des maladies de l'enfant

**PEV:** programme élargi de vaccination

**PF:** planification familiale

**PNI:** programme national d'immunisation

**RAA:** rhumatisme articulaire aigu

**RPDE:** rupture de la poche des eaux

**SIDA:** syndrome d'immunodéficience acquise

**SMI:** santé materno–infantile

**SRO:** sels de réhydratation oraux

**UNICEF:** fonds des nations unies pour la protection de l'enfant

# **INTRODUCTION**

A l'occasion de la journée mondiale de la santé de l'année 2005, ayant eu comme sujet : « la promotion de la santé de la mère et de l'enfant », l'OMS, dans son rapport a confirmé qu'au cours de chaque année, un demi million des femmes meurent au cours de la grossesse et des suites de l'accouchement, alors que 10,6 millions d'enfants perdent la vie, 40% d'entre eux décèdent pendant le mois qui suit leur mise au monde (1).

Au Maroc, le taux de mortalité maternelle est relativement bas par rapport à d'autres pays en développement. Il est estimé à 227 par 100 000 naissances, selon les résultats de l'enquête sur la population et la santé familiale 2003-2004 publiée par le ministère de la santé à l'occasion de la journée mondiale de la santé, ce taux, enregistré au cours de la période allant de 1995 à 2003 n'a pas trop changé si on le compare à celui de l'enquête de PAPCHILD réalisée en 1997 ayant révélé un taux de 228 par 100 000 de naissances. L'enquête sur la population et la santé familiale (EPSF 2003-2004), a révélé une nette augmentation du taux de la mortalité néonatale. En effet, ce taux est passé de 20 à 27 pour mille entre 1997 et 2003 malgré les investissements importants que le pays e engagés cette dernière décennie en vue d'une maternité sans risque (2).

Devant les chiffres révélés, il est évidant que dans notre pays, l'état de santé de la mère et de l'enfant a encore besoin de sérieuses améliorations reflétant ainsi le développement de toute une nation.

Dans le cadre de l'amélioration de l'état de santé de l'enfant marocain, il est important de signaler qu'au Maroc, le nombre de décès d'enfants a été limité grâce aux programmes de vaccination contre les maladies infantiles, l'encouragement des consultations prénatales ainsi que par l'assistance des femmes au moment de l'accouchement.

Cependant, à coté des efforts déployés par l'état, d'autres structures sont appelées à renforcer le niveau de santé de la mère et de l'enfant, à savoir : les professionnels de la santé ; les ONG ; les établissements scolaires ; les médias..

Notre rôle autant que professionnels de santé n'est pas seulement de présenter un soin mais de diffuser aux consultants, notamment les mères, des informations simplifiées dans l'objectif

d'éducation en matière de santé, d'éviction de mauvaises habitudes et de correction de fausses connaissances tout en veillant sur l'adhésion des mères aux programmes de santé du pays et à leur participation à la surveillance de l'état de santé de leurs enfants.

Ces interventions sont néanmoins affectées par plusieurs facteurs, à savoir : le milieu (urbain ou rural) ; l'accessibilité aux services de soin de base ; le niveau intellectuel des mères et la qualité des messages diffusés.

Dans l'objectif du développement de son niveau de santé, et devant les indicateurs de santé encore loin d'être satisfaisants, la communauté est tenue de remplir son rôle à travers des projets de promotion et d'éducation, des programmes élaborés par des ONG et des personnes relais formées, en se basant sur des besoins ressentis au niveau de la population, spécialement auprès des mères. La réalisation de ces projets doit tenir en compte plusieurs facteurs, dont : le milieu, le niveau socio-économique et la culture afin de soutenir les efforts étatiques déployés dans ce même sens.

# OBJECTIF DE LA THESE

Dans ce travail, nous mettons en évaluation un des programmes d'éducation des femmes en milieu rural en matière de santé de la mère et de l'enfant dans la région d'El Haouz, en vue de situer le rôle des personnes relais et leur participation dans l'amélioration des connaissances, attitudes et pratiques des mères dans le milieu rural.

# MATERIEL ET METHODES

Ce travail consiste en une enquête réalisée auprès des femmes desservies par un programme d'éducation établi par l'association ENAKHIL avec l'aide du programme FNUAP- MSP auprès des femmes du milieu rural dans la région de AIT OURIR.

## **I. Présentation du programme évalué**

### **1-Objectifs du programme :**

#### **1-1 : OBJECTIF GLOBAL :**

Contribuer à l'amélioration de l'état sanitaire et à l'utilisation des services de santé de la reproduction de 450 femmes et de leurs enfants de zones rurales de la région Marrakech par la promotion de personnes relais.

#### **1-2 : OBJECTIFS SPECIFIQUES :**

- Renforcer les capacités de 4 associations locales œuvrant pour le développement de la femme.
- Améliorer les connaissances, attitudes et pratiques de 450 femmes en matière de santé de la reproduction.
- Favoriser L'adoption par les hommes de comportements favorables à la santé reproductive.
- Améliorer la confiance et la communication entre la population et les services de soins.
- Sensibiliser les enfants des bénéficiaires scolarisés et non scolarisés de 08 à 14 ans à la santé de la mère et de l'enfant.
- Assurer la durabilité du projet auprès des autres foyers de ces localités par les personnes relais de la communauté.

## **2 -Partenaires :**

Les partenaires ayant participé à la réalisation de ce programme sont :

- Fond des Nations Unies pour la Population (UNFPA).
- 4 Associations locales.
- Délégation de la santé Al Haouz-MSP.
- Communes de Tighduine, Tamagrte et Touama.
- Délégation du ministère de l'éducation Nationale.

## **3 -Durée et séances:**

Le projet s'est étalé sur la période de 24 mois : Juin 2004-Juin 2006

Cette formation s'est déroulée sous forme de séances établies par des animatrices selon le schéma suivant :

- 36 séances hebdomadaires regroupant chacune 12 à 15 femmes.
- chaque séance durait une heure et demi.

A coté des femmes, le projet visait également les hommes et les enfants en adoptant la même stratégie des séances selon le schéma suivant :

-Hommes : 16 séances pour chaque groupe d'homme, une séance mensuelle de 1 heure et demi pour chaque groupe.

-Enfants : 10 séances pour chaque groupe d'enfants, une séance mensuelle de 1 heure et demi pour chaque groupe.

## **4-Formateurs :**

- Nombre d'animatrices : 9
- Nombre d'animateurs : 3

## II. Matériel

Il s'agit d'une étude comparative faite à partir d'un programme de formation en éducation pour la santé materno- infantile réalisé par l'association ENAKHIL sur des fonds de la FNUAP.

Les critères d'inclusion adoptés sont :

Pour le groupe cas (nombre = 94) :

-Femmes ayant assisté aux séances de formation et ayant donné leur consentement pour répondre au questionnaire.

Pour le groupe témoin (nombre 100 femmes) :

-Femmes n'ayant jamais assisté aux séances de formation entretenues au sein du douar, choisies par les animatrices.

- Femmes ayant donné leur accord après explication du but du questionnaire.

L'enquêteur est un étudiant en fin d'études médicales capable de recueillir des informations sur des fiches préétablies.

La supervision était assurée par un professeur en pédiatrie : Pr. A ABOUSSAD.

## III. Méthodes

Le déroulement s'est fait en plusieurs étapes :

- Formulation du problème.
- Elaboration du questionnaire.
- Définition des critères d'inclusion.
- Participation des personnes ayant animé les séances de formation auprès des femmes.

- Abord et explication du questionnaire avec les animatrices.
- Comparaison du questionnaire à celui établi par le FNUAP et celui de l'association ENAKHIL.
- Traduction des questions en langue Amazigh.
- Déplacement régulier et visite des femmes non éduquées à domicile, les femmes ayant participé au projet d'éducation se rendaient par contre au centre de l'association dans leurs communes.
- Recueil de données de manière individuelle.

Dans chaque commune, le remplissage des questionnaires avait demandé plusieurs déplacements, on avait commencé avec le groupe témoin et attendu la fin du projet pour recueillir les réponses des femmes éduquées. La durée totale de l'évaluation s'est étalée entre Août 2005 et Janvier 2006 pour le groupe témoin et entre Janvier et Février 2007 pour le groupe éduqué.

Notre travail consiste en l'évaluation de ce projet communautaire de formation dans le but de déterminer le niveau d'efficacité de programmes pareils dans l'amélioration du niveau de santé de la mère et l'enfant marocains.

La méthode utilisée est celle de l'interview directe avec les mères en langue Amazigh. Le recueil des données s'est fait à l'aide d'un questionnaire pré établi comportant 58 questions classées selon 12 thèmes abordés en formation ( annexe):

- Identité
- Hygiène.
- Grossesse.
- Accouchement.
- Planification familiale.

- Infections sexuellement transmissibles.
- Maladies diarrhéiques.
- Développement de l'enfant.
- Accidents de l'enfant.
- Vaccination.
- Infections respiratoires aiguës.
- Les angines.
- Les droits de l'enfant.

L'établissement de chaque entretien demandait une durée de 20 à 30 minutes, les femmes interviewées ont été corrigées ou informées à chaque fois qu'elles n'aboutissaient pas à la bonne réponse.

L'exploitation statistique a été faite sur logiciel SPSS. L'analyse a été réalisée grâce au soutien du Laboratoire d'écologie humaine de la faculté des sciences Semlalia (Pr Baali). C'est particulièrement grâce à Mr Abdelaziz Lahmam que cette analyse a été faite.

# **RESULTATS**

## I. Profil social des mères

### 1-Age

L'âge des femmes interviewées varie entre 15 ans et 69 ans avec une moyenne d'âge de 34,31 ans (+/-10,17).

**Tableau N° 1 : Répartition des femmes selon les classes d'âge**

Classes d'âge	Groupe		p
	Témoin	Projet	
15-30 ans	40%	47,9%	NS
31-45 ans	43%	37,2%	
Plus de 45ans	17%	14,9%	

### 2-Parité

Le nombre d'enfants varie de 1 à 10 avec une moyenne de 3,01.

**Tableau N° 2 : Répartition des femmes selon les classes de parité**

Parité	Témoin	Projet	p
Nullipare	7%	21,3%	P<0,01
Primipare	15%	8,5%	
2-4 parités	49%	53,2%	
Plus de 4 parités	29%	17%	

### **3-Niveau d'instruction**

La majorité des mères appartenant aux deux groupes sont analphabètes avec des pourcentages respectifs de 89% et 88,3% dans les groupes témoin et projet.

Un niveau d'instruction primaire a été cependant retrouvé chez 16 femmes dont 6 (6%) du groupe témoin et 10 (10,6%) du groupe projet, 3% des témoins et 1,06% des femmes du projet ont effectué des études secondaires, enfin, seulement 2% des témoins ont effectué des études supérieures, celles-ci n'ont été faites par aucune des femmes du projet.

### **4-Etat matrimonial**

L'ensemble des femmes est considérablement constitué de la tranche des femmes mariées dont 97% des témoins et 79,7% des participantes au projet, dans ce dernier groupe, on constate que le reste des femmes (20,3%) sont des célibataires (avantage du projet par rapport aux CAP des femmes en age de mariage).

### **5-Appartenance géographique**

Toutes les femmes participant à cette évaluation sont originaires de la région de AIT OURIR, et choisies à partir des communes de Tighduine, Tamagrte et Touama. Le groupe témoin rassemble 40 femmes de Tighduine ; 20 de Tamagrte et 40 de Touama ; alors que le groupe projet contient 36 femmes de Tighduine ; 38 de Tamagrte et 20 de Touama.

## II. Connaissances des femmes en matière d'hygiène

### 1-Traitement de l'eau et des aliments

**Tableau N° 3 : Comparaison des modalités du traitement de l'eau et protection des aliments.**

	Témoin	Projet	P
Traitement à l'eau de javel	69%	95,7%	P<0,001
Faire bouillir l'eau	29%	73,4%	P<0,001
Conservation dans des récipients couverts	90%	96,8%	NS
Conservation des aliments au frais	63 %	90,4%	P<0,001
Cuisson et consommation rapides des aliments	43%	86,1%	P<0,001

### 2-Lavage des mains et hygiène buccale

**Tableau N° 4 : Comparaison des pratiques d'hygiène en matière de lavage des mains et brossage des dents**

	Témoin	Projet	P
Lavage des mains			
-en sortant des toilettes	44%	94,6%	P<0,001
-avant de préparer les repas	64%	89,3%	P<0,001
-avant de manger	73%	87,2%	P<0,05
Lavage des dents	78%	96,8%	P<0,001

Les connaissances des femmes se sont révélées meilleures dans le groupe du projet par rapport au groupe témoin. Près de la moitié du groupe projet (47,8%) pense qu'il faut se brosser les dents au moins deux fois par jour contre 41% des femmes témoins.

### **3-Traitement des selles et des ordures**

**Tableau N° 5 : Connaissances des mères en matière d'hygiène de milieu : modalités de se débarrasser des ordures et des selles**

	Témoin	Projet	P
En les brûlant	15%	75,5%	P<0,001
En les enterrant	12%	82,9%	P<0,001
En les mettant dans des sacs fermés	46%	67%	P<0,05

L'effet de l'éducation a été significatif du fait du pourcentage élevé des femmes du projet qui éliminent de façon hygiénique leurs ordures ménagères.

## **III. Connaissances des femmes en matière de grossesse**

### **1-Connaissances des femmes en matière de fécondité et de grossesse.**

La différence entre les connaissances des femmes témoins et projet en matière de la phase féconde du cycle, s'étalant entre les 10ème et 17ème jours du cycle a été hautement significative (  $p < 0,001$  ) avec des pourcentages respectifs de 22% et 70,2% chez les témoins et les projet .

Le pourcentage des femmes du groupe témoin rapportant que la durée normale d'une grossesse est de 9 mois était de 93% contre 100% dans le groupe projet.

## 2-Signes cliniques de la grossesse :

**Tableau N° 6 : Connaissances des femmes en matière de signes cliniques de la grossesse.**

	Témoin	Projet	P
Retard anormal des règles	71%	91,4%	P<0,001
Seins tendus	11%	45,7%	P<0,001
Nausées et vomissements	71%	89,3%	P<0,01
Fatigue	16%	59,5%	P<0,001

En ce qui concerne la surveillance de la grossesse, 77,6% des femmes appartenant au groupe du projet pensent que trois CPN sont obligatoires pour une bonne surveillance du déroulement de la grossesse ; contre seulement 28% des femmes du groupe témoin (p<0,001).

## 3-Signes alarmants au cours de la grossesse :

**Tableau N° 7 : Connaissances des femmes en matière des signes alarmants au cours de la grossesse.**

	Témoin	Projet	P
Saignements	38%	77,6%	P<0,001
OMI et visage	18%	79,7%	P<0,001
Fièvre	24%	65,9%	P<0,001

## IV. Connaissances des femmes en matière d'accouchement

### 1-Signes cliniques de l'accouchement imminent

**Tableau N° 8 : Connaissances des femmes en matière des signes fonctionnels d'accouchement.**

	Témoïn	Projet	P
Perte du bouchon muqueux	30%	78 ,7%	P<0,001
Contractions	86%	95 ,7%	NS
RPDE	45%	40 ,4%	NS

### 2-Signes de gravité d'un accouchement imposant la surveillance en milieu spécialisé

**Tableau N° 9 : Connaissances des femmes en matière des signes de gravité au cours de l'accouchement.**

	Témoïn	Projet	P
Travail prolongé	26%	67%	P<0,001
Bébé souffrant	36%	74,4%	P<0,001
Saignements	27%	61,7%	P<0,001

### 3-Avantages de l'accouchement en milieu spécialisé

**Tableau N° 10 : Connaissances des femmes en matière des avantages de l'accouchement en milieu hospitalier**

	Témoïn	Projet	P
Prise en charge immédiate	70%	89,3%	P<0,05
Conditions d'hygiène	44%	82,9%	P<0,001
Personnel qualifié et matériel disponible	43%	53,1%	NS

## V. Connaissances des femmes en matière de planification familiale

### 1-Règles d'utilisation et inconvénients de la pilule contraceptive

**Tableau N° 11 : Connaissances des femmes en matière des règles d'utilisation et inconvénients de la pilule contraceptive.**

	Témoïn	Projet	P
Prise continue et régulière	73%	85,1%	NS
Prise en absence des rapports	41%	62,7%	P<0,05
Arrêt de 7j si plaquette de 21 pilules	53%	78,4%	P<0,001
Ne protège pas des IST	2%	27,6%	P<0,001
Effets secondaires	54%	68%	P<0,05
Contre indiquée si diabète ou cardiopathie	18%	70,2%	P<0,001

## 2-Méthodes contraceptives à long terme et contraception chirurgicale

La comparaison des perceptions des femmes en ce qui concerne les avantages des méthodes contraceptives à long terme (injections, stérilet) a été hautement significative ( $p < 0,001$ ) avec des pourcentages de 26% chez le groupe témoin et 73,4% chez les femmes du projet. De même ; le respect de l'allaitement a été considéré comme avantage des méthodes contraceptives à long terme par 12% des femmes témoins contre 58,5% des les femmes informées. Les méthodes chirurgicales (ligature section des trompes) ont été conçues comme bonne méthode contraceptive lorsque la grossesse compromet la santé de la femme chez 15% des témoins contre 60,6% des femmes du projet.

## VI. Connaissances des femmes en matière d'infections sexuellement transmissibles

### 1-Signes cliniques des IST

**Tableau N° 12 : Connaissances des femmes en matière des signes cliniques des IST chez la femme et chez l'homme.**

		Témoin	Projet	p
Chez la femme	Perte vaginales et démangeaisons	22%	74,4%	$P < 0,001$
	Lésions génitales	14%	29,7%	$P < 0,01$
Chez l'homme	Ecoulement urétral	23%	85,1%	$P < 0,001$
	Lésions génitales	11%	43,6%	$P < 0,001$

## 2- Complications des IST non traitées

Tableau N° 13 : Connaissances des femmes en matière des complications des IST.

	Témoin	Projet	P
Stérilité	21%	46,8%	P<0,001
Cancers de femme	42%	85,1%	P<0,001
Transmission materno-fœtale	8%	50%	P<0,001

29% des femmes témoins pensent que les IST ne sont pas guérissables contre seulement 3% des femmes ayant participé au projet.

## 3- Moyens de prévention des IST

Tableau N° 14 : Connaissances et pratiques des femmes en matière de prévention des IST.

	Témoin	Projet	P
Fidélité	37,3%	73,4%	P<0,001
Préservatif	24%	91,4%	P<0,001
Abstention	31%	46,8%	p<0,05

## **VII. Connaissances des femmes en matière de maladies diarrhéiques**

78% des femmes témoin connaissaient la bonne la définition de la diarrhée aigue (plus de 3 selles /jour), contre 90,4% des femmes éduquées.

### **1- Modes de propagation e signes de gravité de la diarrhée**

**Tableau N° 15 : Connaissances des femmes en matière des modes de propagation et signes de gravité de la diarrhée**

		<b>Témoin</b>	<b>Projet</b>	<b>P</b>
Modes de propagation	Mains sales	21%	70,2%	P<0,001
	Souillure des aliments et du lait	68%	80,8%	P<0,05
	Absence d'hygiène domestique	33%	81,9%	P<0,001
Signes de gravité de la diarrhée	Agitation et yeux foncés	63%	93,6%	P<0,001
	Soif et pli cutané persistant	18%	72,3%	P<0,001
	Sang dans les selles	25%	72,3%	P<0,001

Concernant la gravité de la diarrhée aigue, 88,2% des femmes du projet reconnaissaient que la diarrhée aigue peut tuer par déshydratation, alors que moins de la moitié du groupe témoin, à savoir seulement 32% des femmes ont pu le reconnaître (p<0,001).

## 2- Règles à suivre devant une diarrhée aigue

**Tableau N° 16 : Pratiques des femmes devant un épisode aigu de diarrhée.**

	Témoin	Projet	p
Donner beaucoup à boire	43%	91,4%	P<0,001
Donner à manger	39%	74,4%	P<0,001
Acheminer à l'hôpital si aggravation	69%	79,7%	NS
Ne pas arrêter l'allaitement au sein	71%	74,4%	NS

Passé l'épisode aigu de diarrhée, 53% des femmes témoin donnent à leurs enfants un repas supplémentaire pendant deux semaines contre un pourcentage de 92,5 pour les femmes du projet ( $p<0,001$ ).

## VIII. Connaissances des femmes en matière du développement de l'enfant

### 1-Développement psychomoteur de l'enfant

**Tableau N° 17 : Connaissances des femmes en matière du développement psychomoteur de l'enfant.**

	Témoin	Projet	P
Position assise à 6-9 mois	76%	92,5%	P<0,01
Marche avec appui à 1 an	63%	85,1%	P<0,001
Marche sans appui à 18 mois	23%	43,6%	P<0,01
Répétition de syllabes à 8-10 mois	36%	74,4%	P<0,001

La stimulation de l'enfant a été considérée comme moyen de développement de l'intelligence de l'enfant dans 41% des cas chez les femmes témoins et dans 60,6% des cas chez les femmes du projet ( $p=0,006$ ). Quant à la perception du jeu comme moyen fondamental du développement du niveau d'intelligence de l'enfant, ceci a été rapporté par 24% des femmes témoins et 71,2% des femmes du projet ( $p<0,001$ ).

## **2- Connaissances des mères concernant le carnet de surveillance**

**Tableau N° 18 : Connaissances des femmes en matière des paramètres de surveillance du développement des enfants.**

	Témoin	Projet	P
Courbe de poids	42%	87,2%	$P<0,001$
Vaccination	77%	96,8%	$P<0,001$

## **IX. Connaissances des femmes en matière d'accidents de l'enfant**

### **1-Différents accidents des enfants à l'intérieur et à l'extérieur de la maison**

**Tableau N° 19 : Connaissances des femmes en matière**

### des accidents courants de l'enfant.

		Témoïn	Projet	P
A l'intérieur de la maison	Intoxication	48%	92,5%	P<0,001
	Brûlures	77%	90,4%	P<0,05
	Traumatismes	27%	57,4%	P<0,001
	Chutes	62%	86,1%	P<0,001
A l'extérieur	AVP	51%	78,7%	P<0,001
	Noyade dans un puit	15%	74,4%	P<0,001

## 2-Règles de prévention des accidents à l'intérieur de la maison

**Tableau N° 20 : Comparaison des pratiques des femmes en vue de prévention des accidents de l'enfant.**

	Témoïn	Projet	p
Eloigner les produits dangereux	51%	92,5%	P<0,001
Eviter les sources de feu	55%	81,9%	P<0,001
Ranger les petits objets	33%	65,9%	P<0,001

## X. Connaissances des femmes en matière de vaccination

### 1- Maladies cibles du PNI

**Tableau N° 21 : Connaissances des femmes en matière des maladies cibles du PNI.**

	Témoïn	Projet	p
Tuberculose	17%	36,1%	P<0,001
Tétanos	41%	68%	P<0,001
Coqueluche	24%	79,7%	P<0,001
Poliomyélite	10%	51%	P<0,001
Diphthérie	16%	48,9%	P<0,001
Hépatite B	3%	35,1%	P<0,001
Rougeole	80%	74,4%	NS

## **2- Nombre des vaccins recommandés avant l'âge de 9 mois**

71,2% des femmes du projet sont parvenues à connaître le nombre des vaccins recommandés jusqu'à l'âge de 9 mois et l'ont défini à 8 vaccins contre 1%, à savoir une seule femme du groupe témoin.

## **XI. Connaissances des femmes en matière d'infections respiratoires aiguës**

### **1-Signes cliniques d'infections respiratoires aiguës**

**Tableau N° 22 : Connaissances des femmes en matière des signes cliniques des IRA.**

	Témoin	Projet	P
Toux	70%	69,1%	NS
Ecoulement du nez	49%	84%	P<0,001
Respiration difficile	45%	70,2%	P<0,001
Mal de gorge	19%	42,5%	P<0,001

## **2-Règles de prévention contre les IRA**

**Tableau N° 23 : Connaissances et pratiques des femmes en matière de prévention contre les IRA.**

	Témoin	Projet	p
Allaitement au sein	10%	73,4%	P<0,001
Alimentation riche	26%	81,9%	P<0,001
Vaccination	24%	67%	P<0,001
Hygiène	20%	64,8%	P<0,001

## XII. Connaissances des femmes en matière des angines

### 1-Signes cliniques et risque des angines

**Tableau N° 24 : Connaissances des femmes en matière d'angines et du risque de rhumatisme.**

	Témoïn	Projet	p
Fièvre	59%	76,5%	P<0,01
Difficulté à manger et à boire	66%	93,6%	P<0,001
Ganglion douloureux du cou	32%	72,3%	P<0,001
Risque de RAA	69%	90,4%	P<0,001

## XIII. Connaissances des femmes en matière des droits de l'enfant

**Tableau N° 25 : Connaissances des femmes en matière des droits de l'enfant.**

	Témoïn	Projet	p
Meilleur état de santé	44%	79,7%	P<0,001
Education primaire obligatoire	64%	91,4%	P<0,001
Repos et loisirs	32%	71,2%	P<0,001
Protection contre l'exploitation sexuelle et les stupéfiants	3%	28,7%	P<0,001

**Tableau N° 26 : Tableau récapitulatif comparatif des principales connaissances  
des femmes en matière de la santé materno-infantile**

<b>Sujets du programme</b>	<b>Témoïn</b>	<b>projet</b>	<b>P</b>
<b>Hygiène :</b>			
-traitement de l'eau	69%	95,7%	<0,001
-conservation des aliments au frais	43%	86,1%	<0,001
-lavage des mains :			
*après toilette	44%	94,6%	<0,01
*avant de préparer les repas	64%	89,3%	<0,01
*avant de manger	73%	87,2%	<0,05
<b>Grossesse : signes = retard des règles</b>			
-signes alarmants :			
*saignements	38%	77,6%	<0,001
*OMI et du visage	18%	79,7%	<0,001
<b>Signes Accouchement :</b>			
*perte bouchon muqueux	30%	78,7%	<0,001
*RPDE	45%	40,4%	NS
<b>Intérêt accouchement à l'hôpital :</b>			
*prise en charge immédiate	70%	89,3%	<0,05
*hygiène	44%	82,9%	<0,001
*personnel qualifié	43%	53,1%	NS
<b>Planification familiale</b>			
-Prise régulière et continue de la pilule	73%	85,1%	NS
<b>Complications des IST</b>			
*stérilité	21%	46,8%	<0,001
*cancer	42%	85,1%	<0,001
<b>Diarrhée</b>			
-la diarrhée peut tuer par DHA	32%	88,2%	<0,001
-ne pas arrêter le sein si diarrhée	71%	74,4%	NS
- repas supplémentaire si diarrhée	53%	92,5%	<0,001
<b>Développement de l'enfant</b>			
-le jeu moyen de développement	24%	71,2%	<0,001
- Intérêt de la courbe du poids	42%	87,2%	<0,001
<b>Les IRA sont prévenues par :</b>			
*l'allaitement	10%	73,4%	<0,001
*la vaccination	24%	67%	<0,001
-les angines bactériennes non traitées peuvent se compliquer de RAA	69%	90,4%	<0,001
Parmi les droits de l'enfant la jouissance d'un meilleur état de santé	44%	79,7%	<0,001

# DISCUSSION

La promotion de la santé dans le monde représente l'un de ces défis qui s'imposent partout. La santé pour tous, sans discrimination, apparaît comme une utopie autant qu'un objectif essentiel, fondement du développement humain. Le souci d'équité et de solidarité dans l'accès aux soins est un facteur majeur de développement humain avant d'être une condition d'efficacité des systèmes de santé. Ainsi, la santé et les politiques de la santé constituent un enjeu déterminant dans l'ascension des pays à un processus de développement humain (3).

La difficulté de l'accès aux soins pour tous faisant émerger le concept d'équité malgré l'amélioration de la santé au fil des années depuis l'indépendance ; reste un grand défi à soulever, particulièrement dans le milieu rural représentant un peu moins de la moitié de la population marocaine totale (pourcentage de la population urbaine étant de 55,9% selon le ministère de la santé Juillet 2003(4).

Il est important de signaler qu'il est toujours difficile d'acquérir le droit à la santé au sein de la population rurale, que cela soit d'ordre accès ou accessibilité aux soins, (1/4 de la population rurale se trouve encore à 10 km d'une formation sanitaire (3).

Cette faille entre besoin, demande et service crée un déséquilibre en comparant l'importance des besoins de nos communautés face à l'insuffisance des services rendus en matière de soins et de prévention. De ce fait, il est maintenant nécessaire, voire, obligatoire de pallier à ce déséquilibre en offrant via les différents auteurs de la santé des services répondant aux besoins, en se déplaçant vers les populations en insuffisance d'abord avec des outils de prévention, puis et surtout avec des instructions dignes de résoudre le problème d'inégalité et d'inéquité de la jouissance d'un meilleur état de santé.

La santé est en effet influencée par une multitude de facteurs participant à son développement : le milieu, le niveau d'instruction et le niveau socio-économique. Le niveau de santé d'un pays est intimement lié à son développement. Dans les pays en développement, 30% des enfants âgés de moins de 5 ans souffrent d'un degré modéré de malnutrition et environ 5% d'une malnutrition sévère. Des études effectuées dans le centre international des recherches en maladies diarrhéiques à Bangladesh ont montré que le statut socioéconomique est l'un des

déterminants majeurs de la nutrition et la santé des enfants, une étude dans le milieu rural du Bangladesh a montré que même si l'éducation des mères avait un grand rôle dans la promotion du statut nutritionnel des enfants et qu'elle avait une influence sur la mortalité infantile, elle n'a pas eu d'effet significatif sur la prévention de la malnutrition, ceci étant dû aux contraintes socioéconomiques rendant difficile la traduction des messages de programmes de promotion de la santé en réalité(5).

Au Maroc, la lourdeur de l'analphabétisme et la lenteur de la croissance du développement économique interviennent dans la constitution de différences et inégalités au sein de la population maintenant notre index de développement humain à un niveau qui contraste avec la richesse des ressources humaines et naturelles de notre pays (6).

Il est évident que l'école, même fréquentée pour une courte période inculque des règles de promotion de la santé qui persistent en âge adulte et influencent la santé des enfants sans conscience intentionnelle, en primaire, par exemple, les enfants sont sensibilisés à l'hygiène personnelle et la propreté et commencent à apprendre les réflexes de lavage des mains et brossage des dents. Les mères étant déjà allées à l'école sont plus disponibles à accepter l'existence d'explications rationnelles des éventuelles causes des maladies facilitant ainsi l'adhérence aux programmes de promotion de la santé et développement du pays.

L'éducation des mères est connue pour avoir un grand impact sur la santé de l'enfant et le développement des nations. Dans tous les pays en développement, le taux de mortalité et de morbidité des enfants des mères instruites est beaucoup plus bas que chez les enfants des mères n'étant jamais allées à l'école (7).

# I. Education pour la santé et promotion de la santé : bases conceptuelles

## 1-Définitions et bases théoriques :

### 1-1 / Concepts :

L'éducation pour la santé est un concept labile du fait que la santé doit être considérée comme une valeur à toutes les fonctions de la vie, de tous les secteurs et groupes sociaux. Il n'existe donc pas de domaine où l'éducation pour la santé pourrait se limiter et qui lui procurerait une structure et une identité stables.

Par contre, il est plus approprié de définir l'éducation comme un moyen par lequel l'éducateur apprend à l'autre à conduire sa vie, à conduire sa santé, à devenir responsable, plus adulte dans la gestion de sa vie, de sa santé, à passer de l'état d'assisté à celui de responsable (8).

Dans une autre définition, c'est un phénomène universel et nécessaire constitué par l'intention délibérée d'induire chez autrui l'intériorisation de certaines normes et l'appropriation de certaines données culturelles (9).

L'éducation permet à l'éduqué de se constituer un bagage de connaissances, de réflexions et ou d'attitudes qu'il utilisera ou pas, en fonction des événements de la vie. L'éducation est un processus qui ne s'arrête jamais ; comme l'horizon ; plus en s'en approche, plus l'éducation recule (8).

Parmi les réalisations éminentes dans le domaine de la promotion de la santé, l'éducation pour la santé rend un important service auprès des populations en insuffisance, plus particulièrement en milieu rural. Comme la prévention, l'éducation pour la santé se répartit en trois catégories : primaire étant toute action éducative visant à renforcer l'état de santé ; l'éducation secondaire consistant en des mesures éducatives visant à éviter l'accident de santé ou dans le cas où il est intervenu, à restaurer le plus rapidement possible un nouvel état de

santé ; l'éducation tertiaire étant toute intervention éducative visant à faire « vivre au mieux » les séquelles de l'accident.

L'éducation à la santé intervient en amont et en aval de la maladie ou l'accident de santé. L'éducation pour la santé va en parallèle avec la prévention, principal pilier du développement des systèmes de santé, elle ne présente pas seulement des intérêts collectifs et économiques, elle présente aussi un intérêt individuel et personnel. En effet, elle doit permettre à chaque individu de développer son bien être en agissant sur la qualité et la longévité de sa vie, elle présente enfin un intérêt social en luttant contre les inégalités sociales. Plus récemment, l'éducation pour la santé s'est ouverte aux aspects sociaux et environnementaux. Le concept de « promotion de la santé » formalisé en 1986 dans la Charte d'Ottawa, qui reste la référence mondiale, a élargi la démarche éducative, en mettant en avant la responsabilité collective. Il ne s'agit plus seulement d'éduquer les individus mais de favoriser les mobilisations et les changements collectifs en prenant en compte les déterminants psychosociaux et sociétaux à l'origine des comportements et des attitudes défavorables à la santé. La promotion de la santé inclut l'éducation pour la santé qui en reste une composante essentielle (10).

La promotion de la santé est définie selon la charte d'Ottawa de Novembre 1986 comme suit : « La promotion de la santé est le processus qui confère aux populations les moyens d'assurer un plus grand contrôle sur leur propre santé, et d'améliorer celle-ci. Cette démarche relève d'un concept définissant « la santé » comme la mesure dans laquelle un groupe ou un individu peut d'une part réaliser ses ambitions et satisfaire ses besoins et, d'autre part, évoluer avec le milieu ou s'adapter à celui-ci. La santé est donc perçue comme une ressource de la vie quotidienne et non comme le but de la vie : il s'agit d'un concept positif mettant en valeur les ressources sociales et individuelles, ainsi que les capacités physiques. Ainsi donc, la promotion de la santé ne révèle pas seulement de secteur sanitaire : elle dépasse les modes de vie sains pour viser le bien être » (11).

### **1-2 /Coût :**

La promotion de la santé est un moyen de bon rapport coût/efficacité de faire avancer la santé publique, d'améliorer la qualité de vie et de réduire le coût des maladies en terme économique. Elle s'attaque aux principaux facteurs sociaux, politiques, économiques, culturels et

environnementaux qui déterminent la santé d'une population, et renforce, en outre, la compréhension des individus et leur capacité d'atteindre un état de bonne santé et de l'entretenir.

Bien que la promotion de la santé présente un bon rapport coût/efficacité, de nombreux pays ont besoin de nouvelles ressources pour pouvoir la mettre en oeuvre et tenter de venir à bout de problèmes sanitaires qui constituent une priorité nationale. La création de fondations pour la promotion de la santé est un moyen novateur de mobiliser des ressources supplémentaires à cet effet, qui peut, en outre, favoriser la recherche, l'innovation et le renforcement des capacités pour la promotion de la santé dans le secteur sanitaire.

Le travail des fondations pour la promotion de la santé et celui des ministères de la santé et autres ministères concernés sont complémentaires. Des modèles efficaces d'infrastructures destinées à la promotion de la santé existent déjà dans plusieurs pays (la Suisse, la Thaïlande, l'Australie, l'Autriche et la Corée)(12).

### 1-3/Limites :

Les facteurs d'efficacité de l'éducation pour la santé sont à la fois d'ordre individuel et institutionnel.

#### ➤ **Les facteurs concernant les individus :**

Pour être efficace, l'éducation pour la santé doit s'intéresser aux individus, tenir compte des multiples déterminants de leurs comportements et de leurs changements. La personne doit être considérée comme sujet de l'éducation pour la santé et non comme objet. Elle est un sujet libre et responsable de ses choix de vie, mais dont la liberté se heurte à de nombreuses contraintes, liées au contexte social et aux trajectoires de la vie.

Plusieurs dimensions vont favoriser ou freiner les changements en matière de santé, chacune d'elles étant en rapport étroit avec les autres :

- La dimension physique
- La dimension psychique
- La dimension cognitive
- La dimension sociale et culturelle

➤ **Les facteurs concernant les institutions et les organismes:**

Des institutions et organismes professionnels s'impliquent pour modifier les changements de comportement de la population. Un ensemble d'acteurs intervient pour influencer sur la qualité des dispositifs et des actions.

– Les acteurs politiques et institutionnels veillent à la qualité des politiques territoriales de santé, sur des thèmes prioritaires pour les populations visées. Ils prévoient les moyens humains et financiers des acteurs et font en sorte d'associer les usagers aux instruments de la politique de santé (ex : conférences régionales de santé) ;

–Les professionnels, acteurs de terrain, doivent travailler en réseau et être associés à la définition des programmes. Ils doivent faire appel à des compétences en management pour une qualité des actions entreprises ;

–Les « organisations économiques et sociales » (administrations, entreprises, écoles, prisons, ...) doivent intégrer l'éducation pour la santé dans le projet de l'établissement et améliorer les conditions de vie de la population ;

–La population, les associations d'usagers, doivent participer aux choix qui les concernent (démocratie participative) en faisant connaître leurs besoins et en donnant leur contribution aux programmes de santé ;

–Les médias reflètent l'opinion publique et créent des normes qui jouent un grand rôle dans les changements des représentations sociales sur des situations liées à la santé (tabagisme, sécurité routière...). Ils sont une source d'information qui doit se mettre au service de la promotion de la santé (13).

## **2-Participation communautaire**

En promotion de la santé, la participation communautaire est un processus par lequel les individus et les familles prennent en charge leur propre santé et leur bien-être, de même que celui de la communauté dont ils font partie. Grâce à cette participation, les individus et les groupes sociaux peuvent accroître leur responsabilité en santé tout en contribuant au développement plus global. En effet, il a été démontré à travers le monde que l'approche

médicale à elle seule ne peut suffire à améliorer les situations sanitaires complexes au sein de collectivités vulnérables ou fragilisées par des conditions de vie difficiles.

La participation communautaire se traduit par l'implication volontaire et active des groupes et des communautés locales à tous les stades d'un programme de promotion de la santé. Pour l'organisation et le développement de services de santé efficaces, la participation communautaire signifie:

- Un engagement sans équivoque envers la promotion de la santé ;
- Le désir d'améliorer les services aux groupes les plus vulnérables, de même que la satisfaction qu'ils en retirent ;
- Le constat des bénéfices issus de la mobilisation de ressources locales en faveur de la santé,
- La contribution des efforts en santé à la consolidation du tissu social
- Le développement de rapports homme/femme équitables.

La participation communautaire est un levier important pour stimuler l'émergence de réponses collectives aux problèmes de santé publique liés aux soins de santé primaire, à la réduction de la mortalité maternelle, ou aux problèmes particuliers que représentent les IST et le sida. Tout en suscitant la participation des groupes communautaires ou associatifs à la promotion de la santé auprès de populations à risques (14).

La participation communautaire à la santé est une contribution que les membres de la communauté apportent à la santé en assumant des responsabilités qui ont été élargies ou restreintes d'une situation à l'autre ou d'un pays à l'autre. Dans certains cas, la communauté n'assume que des responsabilités sociales en mettant en place des structures d'appui à la mise en œuvre des programmes de santé. Dans d'autres cas, les communautés assument à la fois des responsabilités sociales et techniques.

La participation communautaire à la santé signifie essentiellement que les communautés assument la responsabilité de leur propre santé par :

- L'adoption d'un comportement pour prévenir et traiter les maladies ;
- La participation effective aux activités de lutte contre les maladies ;
- La contribution à l'élaboration, à la mise en œuvre et au suivi des programmes de santé;
- La fourniture de ressources pour la santé.

La participation communautaire à la santé exige donc que les communautés participent aux efforts pour atteindre les buts et objectifs des programmes de santé. Le projet d'éducation que nous avons évalué a été élaboré et planifié avec la participation des communautés concernées. Les animatrices ayant dispensé le programme à la population sont originaires et habitantes aux villages.

Nous citerons des exemples où la participation communautaire a permis de réussir les objectifs fixés par certains programmes. En Erythrée, en 2004, les objectifs d'Abuja ont été atteints : la mortalité globale due au paludisme a diminué de 60% par rapport au point de comparaison de 1999. La participation communautaire à la lutte contre le paludisme a contribué largement à cette réalisation dans ce pays où 50% des cas de paludisme sont pris en charge au niveau de la communauté par les agents de santé communautaires (ASC). Cela a permis d'améliorer l'accès aux moustiquaires imprégnées d'insecticide et de promouvoir leur utilisation régulière et correcte, ainsi que leur re-traitement. En 2004, 60% des enfants de moins de cinq ans dormaient sous moustiquaire imprégnée d'insecticide.

Le Sénégal a mis en place des stratégies pour renforcer la participation communautaire à la lutte contre le paludisme et beaucoup de communautés se sont organisées pour lutter contre le paludisme. Il en résulte qu'il n'y a plus de paludisme sévère dans certaines communautés car les membres de la communauté peuvent prendre les mesures appropriées pour le traitement du paludisme non compliqué et pour la prévention des maladies en général. Les communautés ont pris la responsabilité de développer le système de santé dans certains pays et participent actuellement à l'exécution des programmes de santé dans la plupart des pays d'Afrique (15). Au Maroc, beaucoup de programmes d'approche communautaire ont été mis en place, notamment dans le secteur des maladies infectieuses : programmes de lutte contre le paludisme ; contre les vecteurs, contre les leishmanioses et bilharzioses, ainsi que dans d'autres domaines concernant l'enfant tels la lutte contre la carence en micronutriments, contre les maladies diarrhéiques, le programme national d'immunisation. En plus d'autres programmes visant la promotion de la santé maternelle comme celui de la maternité sans risque (16).

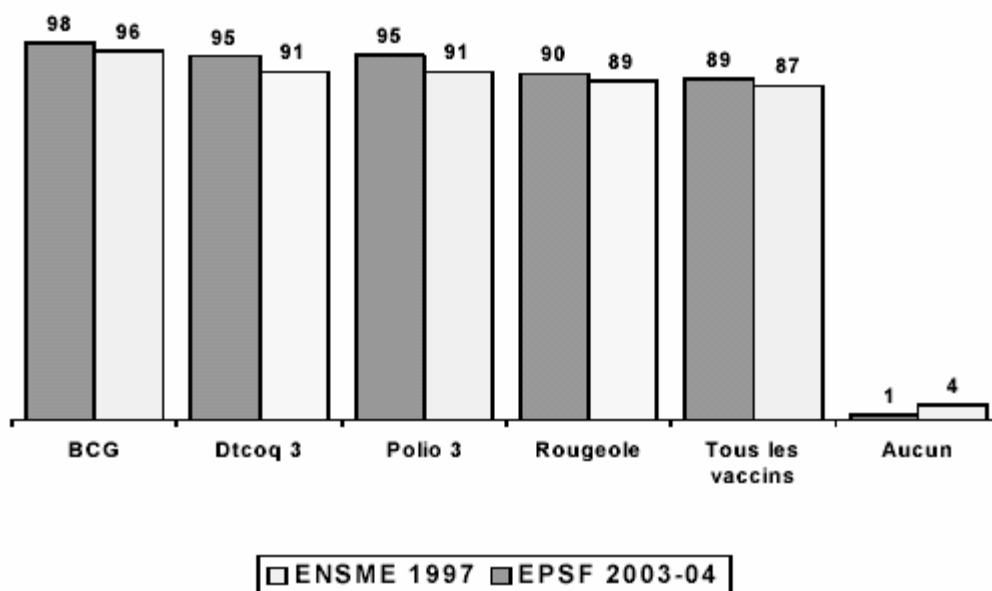
## **II. Education pour la santé en matière de la santé de l'enfant**

### **1-Epidémiologie :**

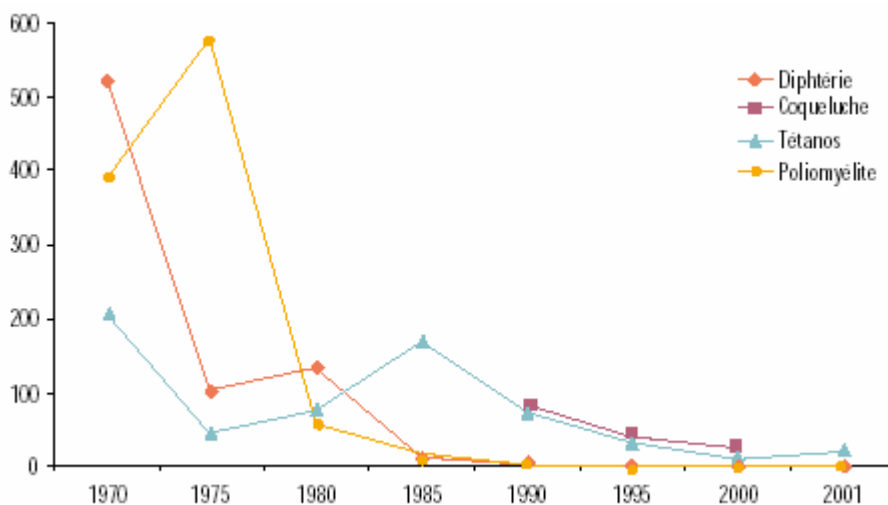
#### **1-1/Epidémiologie nationale**

Au Maroc , la santé de la population a connu au cours des 50 dernières années une amélioration qui s'est traduite par l'augmentation de l'espérance de vie à la naissance (70,5 ans contre 47ans), la diminution du taux brut de la mortalité (5,5 /1000 contre 19/1000) , la diminution de la mortalité infantile ( 40 décès contre 118 pour mille naissances) , infanto juvénile (47 décès contre 203 pour mille naissances vivantes) et la mortalité maternelle (227 décès contre 631 pour 100 000 naissances vivantes) et la diminution voire l'éradication d'un certain nombre de maladies dont les maladies cibles de la vaccination.

Cependant, les niveaux atteints demeurent en deçà de ceux des pays développés et même de ceux des pays à développement socioéconomique voisin de celui du Maroc (3).



**Figure 1 : couverture vaccinale par type de vaccin, enfants de 12-23 mois (2).**

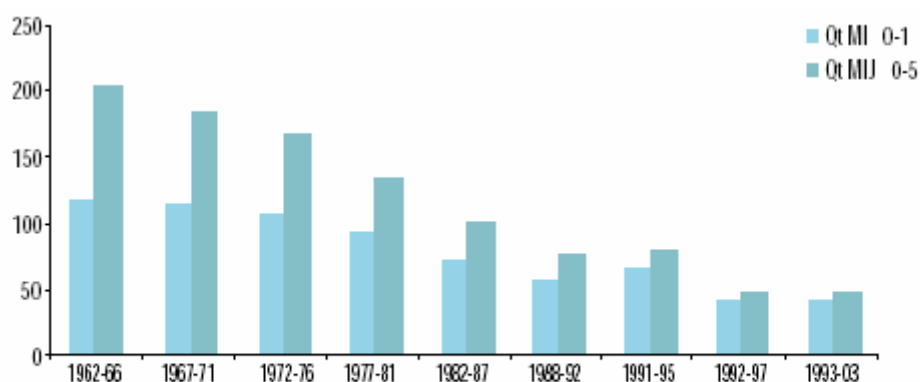


**Figure 2 : Evolution du nombre de nouveaux cas de maladies cibles de la vaccination (3).**

La mortalité néonatale représente un des grands indicateurs posant encore un problème de prise en charge et traduisant l'insuffisance des moyens de surveillance et de contrôle du déroulement de la grossesse et de l'accouchement.

Le taux de mortalité néonatale reste très influencé par le manque d'adhérence aux programmes de surveillance et soin prénatal, la difficulté d'accès et la pauvreté (17,18). A la naissance ; chaque nouveau né doit être pris en charge pour lui assurer une vie normale sans difficultés et lui faciliter l'adaptation à la vie extra-utérine (19).

La mortalité infantile (enfants âgés moins de 1an) a connu une nette réduction entre 1962 et 2003-2004 passant de 118 à 40 décès pour 1000 naissances vivantes. Cependant, ce niveau reste élevé par rapport à des pays comme la Tunisie 26,6 décès pour 1000 naissances vivantes en 1997, l'Espagne 4,9 décès pour 1000 naissances vivantes en 1997 et 3,4 pour mille en 2003-2004(3).



Source : Profil sociodémographique du Maroc (CERED), 2004

**Figure 3 : Evolution du taux de mortalité infantile et infanto juvénile  
Période 1962-2003.**

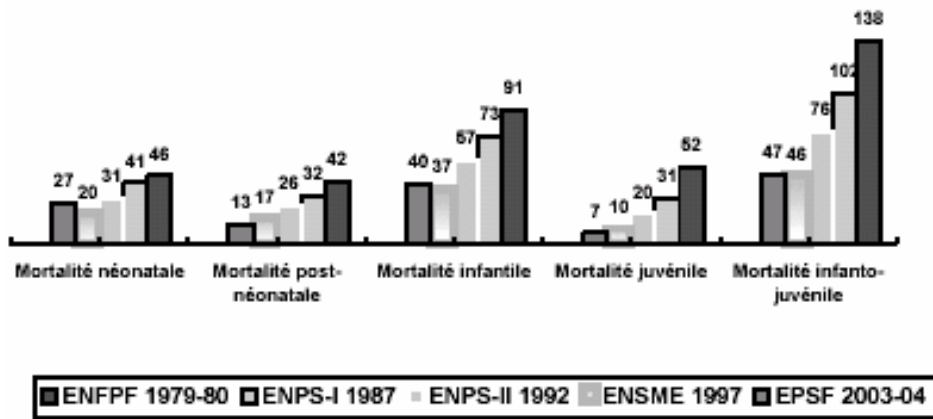


Figure 4 : Quotients de mortalité avant l'âge de 5 ans (1/1000) (2).

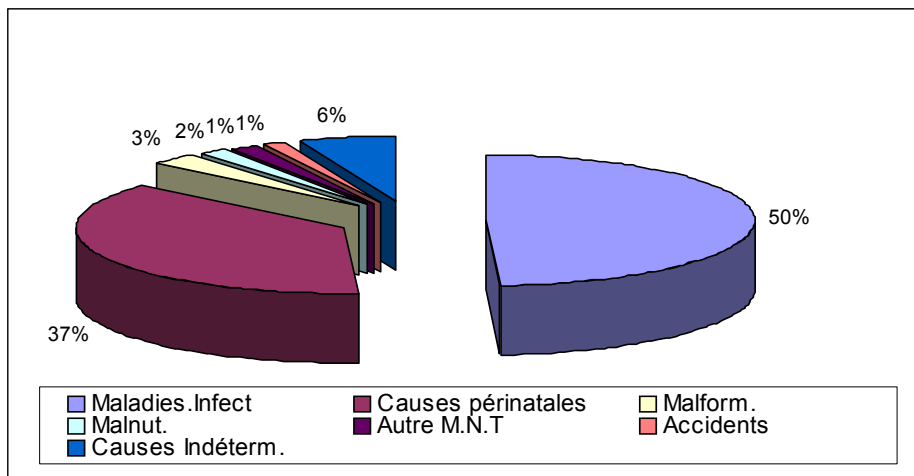


Figure 5 : les Causes et Circonstances de Décès (ECCD II) 1998. (20)

**Tableau1: Situation des enfants dans le monde ; UNICEF 2007. (21)**

	Pays les moins avancés	Pays en développement	Monde
<b>Survie</b>			
Taux de mortalité des moins de cinq ans (pour 1 000 naissances vivantes, 2004)	155	87	79
Taux de mortalité infantile (pour 1 000 naissances vivantes, 2004)	98	59	54
<b>Nutrition</b>			
Proportion d'enfants de moins de cinq ans souffrant d'insuffisance pondérale modérée ou grave (pourcentage, 1996-2004*)	36	27	26
Proportion d'enfants de moins de cinq ans souffrant d'un retard de croissance modéré ou grave (pourcentage, 1996-2004*)	42	31	31
<b>Vaccination</b>			
Proportion d'enfants de moins d'un an vaccinés contre la DTC (pourcentage, 2004)	75	76	78
Proportion d'enfants de moins d'un an vaccinés contre HepB3 (pourcentage, 2004)	28	46	49
<b>Soins de santé</b>			
Proportion d'enfants de moins de cinq ans souffrant d'une infection respiratoire aiguë examinés par un prestataire de soins (pourcentage, 1998-2004*)	38	54 <sup>b</sup>	54 <sup>b</sup>
Proportion d'enfants de moins de cinq ans souffrant de diarrhée ayant reçu une thérapie de réhydratation orale et une alimentation continue (1996-2004*)	36	33 <sup>b</sup>	33 <sup>b</sup>
<b>VIH/SIDA</b>			
Taux de prévalence chez les adultes (15-49 ans, fin 2003)	3,2	1,2	1,1
Adultes et enfants vivant avec le VIH (0-49 ans, milliers, 2003)	12 000	34 900	37 800

### 1-2 /Epidémiologie internationale

Selon le rapport sur la santé dans le monde réalisé en 2005 par l'Organisation Mondiale de la Santé, près de 90 % de décès d'enfants de moins de cinq ans sont dus à six principaux problèmes de santé : les problèmes aigus du nouveau-né principalement la prématurité, l'état de mort apparente à la naissance et les infections représentent 37 % ; les infections des voies respiratoires inférieures principalement la pneumonie avec une fréquence de 19 % ; la diarrhée à 18 % ; le paludisme à 8 % ; la rougeole à 4 % et le syndrome d'immunodéficience acquise transmis verticalement de la mère à l'enfant dans 3 % des cas. D'autres causes sont la conséquence indirecte de la marginalisation, la malnutrition et le manque d'eau salubre et d'assainissement.

Partout dans le monde, le taux de mortalité infantile est souvent employé comme indicateur de l'état de développement d'un pays dans le domaine de la santé. Selon les statistiques mondiales de l'année 2005, 1 enfant sur 18 meurt dans sa première année. Cela représente 7,6 millions de décès d'enfants de moins d'un an en une année. La plupart des décès infantiles ont lieu dans les pays en développement. C'est en Asie du Sud et en Asie centrale qu'il y a le plus de décès néonataux, et en Afrique subsaharienne que les taux de mortalité infantile de 1 à 5 ans sont les plus élevés. L'Afrique en concentre en particulier 40%, alors qu'elle n'abrite que 14 % de la population mondiale avec un taux de mortalité infantile le plus élevé de tous les continents qui est estimé à 89 pour mille. D'ailleurs, une des causes de l'inégalité d'espérance de vie entre les pays réside dans l'inégalité du taux de mortalité infantile. Cette dernière peut dépasser les 300 pour 1000 dans les pays les plus pauvres, contre environ 5 pour 1000 dans les pays développés. Cependant, les pays où la mortalité infantile est la plus élevée sont souvent ceux qui ont le taux de fertilité le plus élevé. Au fait, la pauvreté, la malnutrition, le manque de médicaments et de soins concordent bien avec l'absence de régulation des naissances. La surmortalité des petites filles remarquée dans les statistiques n'est expliquée que par la persistance de l'infanticide des petites filles qui est encore d'actualité dans certains pays tels l'Inde et le Pakistan. L'objectif principal de l'UNICEF est de réduire la mortalité infantile d'ici à 2015 en réduisant de deux tiers le taux de mortalité infantile en passant de 93 enfants sur 1 000 mourant avant l'âge de cinq ans en 1990 à 31 pour 1 000 en 2015. (22).

## **2-Place de l'éducation pour la santé :**

En matière d'hygiène, les projets d'éducation sanitaire ont marqué de bons résultats, ainsi, dans l'étude de SHETH en Inde, l'éducation pour hygiène alimentaire étant communiquée dans le but de réduire la prévalence de la diarrhée des enfants et améliorer les connaissances, attitudes et pratiques des mères et la promotion d'une alimentation saine. Ce projet d'éducation comportait 3 messages à véhiculer : lavage des mains avec de l'eau et du savon,

gestion des déchets alimentaires et maintien de la propreté de l'environnement. Ce programme d'éducation a utilisé comme moyen d'information et illustration des slogans, des posters, des chartes et des jeux de rôle et a montré la réduction de l'incidence de la diarrhée de 52% (23).

Dans une étude faite en milieu rural en Uganda qui avait pour objectif d'évaluer les connaissances des femmes en matière des facteurs de risque et modes de propagation des maladies diarrhéiques, les résultats ont montré que les connaissances étaient très insuffisantes et la prévalence de la diarrhée était de 40,3% chez les enfants âgés de moins de 2ans (24), de même, les résultats d'une évaluation en Albanie, faite dans l'ordre d'évaluer les connaissances et attitudes des mères en matière de prévention de la diarrhée par l'amélioration de l'hygiène domestique et corporelle ont prouvé qu'il existe une contradiction entre les connaissances et les attitudes des femmes dans ce domaine (25).

Une autre étude faite dans 2 villages du Botswana et ayant pour objectif l'évaluation des perceptions des mères en matière d'hygiène et de diarrhée a montré que les mères considéraient le lavage des mains après défécation comme un geste moderne et civilisé sans pour autant l'effectuer systématiquement, elles considéraient le lavage des mains avant les repas plus important, quant aux perceptions en ce qui concerne les causes de la diarrhée, elles avaient répondu : ensorcellement, dentition, contamination de l'eau et des aliments, l'étude a montré que toutes les femmes donnaient plus à boire à leurs enfants atteints de diarrhée(26), ces perceptions ne semblent pas très différentes de celles des femmes du milieu rural de Panjab au Pakistan qui ont répondu : maladies du système digestif et contamination de l'eau et des aliments, mais ont ajouté comme autre cause de la diarrhée le statut sanitaire des mères allaitantes au sein (27). L'hygiène intervient et agit directement sur la croissance des enfants et sur leur état nutritionnel (28,29, 30).

Dans une enquête menée à Casablanca recherchant les facteurs de risque de déshydratation aigue (DHA) liée à la diarrhée, les résultats ont permis d'identifier comme facteurs de risque : le bas age, l'absence d'allaitement maternel, l'ignorance des mères face des signes de diarrhée et de dysenterie et l'arrêt de l'alimentation ou allaitement au cours de la

diarrhée. La comparaison avec le groupe des enfants non déshydraté a montré des différences statistiques très significatives (31).

L'allaitement maternel représente une des principales activités suggérées par l'OMS en matière d'intervention d'éducation en développement de la santé, mais, malgré le grand nombre d'interventions pour promouvoir l'allaitement, très peu de femmes ont actuellement l'intention d'allaiter au sein leurs enfants(32). Les programmes d'éducation doivent insister sur le fait que l'allaitement maternel est la meilleure source de nutrition des enfants, il assure un taux optimal de croissance et de développement et permet de combler le besoin affectif et psychique de la mère et de l'enfant (33, 34), en plus, l'allaitement réduit l'incidence de la malnutrition, des allergies, des infections gastro-intestinales et des voies respiratoires(33), il exerce un effet bénéfique sur l'évolution de la diarrhée aiguë en diminuant le nombre et le volume de selles diarrhéiques(35), en plus, il est également économique.

Ces avantages ont un énorme effet sur la promotion de la santé des nouveaux nés, des enfants et des mères, les pratiques dans les salles d'accouchement doivent être promouvées, en plus, le personnel des maternités doit être sensibilisé à motiver l'allaitement au sein immédiatement après la naissance (33, 36, 37, 38), les parents jouent un rôle important dans le développement de leurs enfants ainsi que dans l'orientation de leurs conduites alimentaires (39).

Les programmes d'éducation doivent également évoquer la question de la durée optimale de l'allaitement, de la meilleure façon du sevrage, de l'âge de l'introduction alimentaire et de la qualité d'une bonne nutrition des nourrissons en utilisant les différents moyens de communication (40). Les séances d'information et d'éducation doivent être d'autant plus fréquentes que les mères appartiennent au milieu rural ou au milieu urbain défavorisé (41) et essayer de découvrir les différents facteurs susceptibles d'influencer la durée et la qualité de l'allaitement au sein ainsi que aider les mères à les surmonter, par exemple : le sexe du nouveau né, l'utilisation de suppléments alimentaires (42), le niveau d'éducation des mères, l'utilisation ou non d'une méthode contraceptive, la perception des mères de l'allaitement au sein et le rang familial de l'enfant (33).

Une enquête en 2000–2001 concernant les connaissances et pratiques des 400 mères en matière d’allaitement maternel à Marrakech a montré des résultats en défaveur de l’allaitement maternel : première tétée donnée après les 6 premières heures dans 53,3%, fréquence des tétées inférieure à 6 dans 39,5% des cas, 41,2% des femmes seulement considèrent que le lait naturel est suffisant pour leurs bébés, et 62,7% donnent d’autres liquides non lactés. La durée envisagée de l’allaitement naturel était inférieure à trois mois dans 59,3% (43).

**Tableau 2 : Situation de la pratique de l’allaitement maternel exclusif jusqu’à 6 mois au Maroc. (20)**

	ENPS 1992 (%)	Papchild 1997 (%)	ENSPF 2003–04 (%)
Mise au sein (1 heure après accouchement)	49	42	52
Allaitement maternel exclusif durant 4 mois	62	47	32*
Allaitement maternel jusqu’à un an	70	67	70
Durée moyenne de l’allaitement maternel (mois)	15.5	14.0	13.9
Introduction du biberon à 2 mois	23	47	38

Dans les pays en développement, le sevrage précoce est un facteur de risque potentiel de malnutrition et de mortalité, il existe à travers plusieurs études un risque constamment élevé de mortalité parmi les enfants nourris au sein pendant une période inférieure à 1 an comparés à ceux nourris au sein pendant 2 à 3 années.

La profession des mères hors de la maison et la disponibilité de substituts alimentaires sur le marché sont des facteurs qui peuvent changer les méthodes traditionnelles de l'alimentation de l'enfant ; certes, la grande majorité des mères vivant dans les quartiers urbains les plus pauvres préfèrent allaiter leurs enfants au sein (44).

Il est possible d'améliorer l'état nutritionnel des nourrissons et des jeunes enfants, même dans les populations les plus pauvres en disposant d'une éducation en matière de sevrage ayant comme moyens divers : les entretiens tête à tête, le recrutement de personnel formé sur place et le renforcement par la diffusion des communications par les radios et télévisions locales. On a la preuve qu'un état nutritionnel médiocre prédispose à des attaques de diarrhée d'une gravité et durée accrues et qu'il accroît le risque de mortalité par diarrhée. On a estimé que l'éducation en matière de sevrage pouvait réduire de 2 à 12% le taux de mortalité chez les enfants âgés de moins de 5 ans (45).

Les conséquences du sevrage précoce incluent également les retards du développement moteur (marche), du langage et émotionnel (pleurs), des difficultés scolaires et une perte d'appétit et du sommeil (34).

A coté de leur rôle dans la promotion de la santé maternelle, les services de SMI interviennent dans la surveillance du développement et de la croissance des nourrissons et de leur statut vaccinal, la promotion de l'utilisation de ces services permet à toute mère d'accompagner l'amélioration de la santé de son enfant et l'incite à participer dans le déroulement de sa croissance et la prévention contre les maladies les plus fréquentes durant l'enfance en suivant le PNI.

Au Maroc, la vaccination des enfants de moins de 5 ans était toujours une des priorités d'actions du Ministère de la santé publique. Grâce aux journées nationales de vaccination entretenues chaque année depuis 1987, le Maroc a pu cerner un grand nombre d'enfants non vaccinés. Selon les résultats de l'enquête nationale sur la santé de la mère et de l'enfant conduite au Maroc en 1996-1997 relatifs à l'état vaccinal des enfants de moins de 5 ans, 62% des enfants âgés entre 12 et 23 mois ont une carte de vaccination. Au niveau national, 87% des enfants âgés de 12 à 23 mois ont été tout à fait vaccinés et ce quel que soit l'âge, tandis que

81% l'ont été avant l'âge de 1 an. Seulement 4% des enfants âgés entre 12 et 23 mois n'ont reçu aucun vaccin, 91% des enfants en milieu urbain ont été vaccinés comparés à 81% en milieu rural (46).

Le Maroc a toujours été conscient de l'importance de la vaccination. Les premières campagnes vaccinales avaient déjà débuté aux années soixante, le PEV avait commencé en 1981 et a été restructuré six ans après et nommé PNI, la protection contre les maladies cibles de la vaccination a considérablement augmenté au Maroc. La diphtérie et le tétanos néonatal ont été éliminés ainsi que la poliomyélite. Les efforts de l'avenir se concentrant sur la réduction des disparités entre les milieux rural et urbain et la réalisation du programme de l'OMS concernant l'élimination de la rubéole congénitale et la rougeole (47).

Des programmes d'éducation en faveur de la vaccination des enfants, de l'accès aux prestations et de leur suivi devraient être organisés à l'intention de l'ensemble de la population (48) vu le rôle de la vaccination dans la réduction des taux de mortalité des enfants (49, 50). En 2002, l'OMS a estimé que 1,4 million de décès parmi les enfants moins de 5 ans était du à des maladies qui restent possibles à prévenir par les vaccins habituels, ceci représente 14% de la mortalité globale des enfants âgés de moins de 5 ans (51).

Les connaissances des mères restent modestes en matière des maladies cibles de la vaccination contrastant avec leurs croyances en l'utilité et l'efficacité des vaccins dans le maintien d'un bon état de santé et la prévention des maladies graves (48, 52). Beaucoup d'efforts restent à déployer dans le cadre de l'éducation des mères dans le domaine de la vaccination et de la surveillance de la croissance en bonne santé de leurs petits. Ainsi, dans une évaluation d'un programme d'éducation sanitaire destiné aux mères à Lesotho concernant la vaccination et la croissance, l'étude a montré que les mères ayant reçu des informations sont devenues capables d'interpréter la courbe de croissance et de suivre de près le calendrier vaccinal et la santé de leurs enfants (53).

L'efficacité de la vaccination est très liée au statut nutritionnel des enfants, car la malnutrition est un déterminant majeur de la réponse humorale et doit être prise en considération pour prévenir l'inefficacité des vaccins (54).

A coté du rôle des interventions de l'éducation sanitaire en matière de promotion de la vaccination, et la participation des écoles dans l'information et l'éducation, les services de santé publique peuvent de leur coté participer à cette promotion par la surveillance systématique des carnets de vaccination de l'enfant (55). Cette action permettra de compléter ou de rattraper le nombre de vaccins nécessaires à chaque enfant et par la suite assurera une couverture vaccinale maximale (18). Dans les sociétés ou les programmes de vaccination ont réalisé une haute couverture, notamment en Angleterre, le défi reste da maintenir ces mêmes niveaux de couverture (56).

Dans notre évaluation, 96,8% des femmes éduquées savaient que la vaccination est surveillée par le carnet de santé et 87,2% que la courbe du poids figure sur le même document étant tous les deux des paramètres de surveillance du développement de l'enfant ; contre des pourcentages respectifs de 77% et 42% pour les femmes non éduquées.

En ce qui concerne les connaissances des femmes en matière des maladies cibles du PNI, la différence des connaissances de toutes les maladies cibles était significative à l'exception de la rougeole que la majorité des femmes des deux groupes a reconnue, la rougeole reste la maladie la plus reconnue par les femmes parmi les maladies cibles de la vaccination (52, 2).

Les connaissances des femmes éduquées en matière de vaccination sont largement plus riches que celles des femmes du groupe témoin en ce qui concerne le nombre de vaccins nécessaires avant l'âge de 9 mois avec une différence hautement significative : 71,2% des femmes éduquées contre 1% des femmes du groupe témoin.

En matière d'infections respiratoires aiguës (IRA), la mortalité qui en résulte est plus importante au cours des deux premiers mois de la vie ou l'attitude des mères face aux signes alarmants est cruciale pour la survie (57), ceci doit motiver les programmes d'éducation à choisir plus finement leurs sujets de formation et les classer afin d'approcher aux populations cibles l'utilité de l'éducation à court, moyen et long terme, ainsi, en matière d'IRA, les signes de gravité des infections doivent être présentes dans les programmes d'éducation ainsi que les bonnes attitudes à suivre en cas d'aggravation de l'état clinique des enfants.

Le contrôle des IRA est un problème de santé publique majeur dans les pays en développement, les programmes d'éducation sanitaire peuvent être efficaces seulement s'ils peuvent prendre en compte les connaissances, attitudes et pratiques courantes dans la communauté envers les IRA des enfants. L'éducation formelle a une influence positive sur les connaissances, pratiques et attitudes des mères. Au Kenya, à l'occasion d'une étude des connaissances et attitudes des mères, celles-ci avaient de bonnes connaissances concernant les IRA de moyenne gravité et non les formes sévères(58), en comparaison avec les résultats de notre évaluation, les femmes éduquées ont réussi à reconnaître les différents signes de gravité d'une IRA, elles ont reconnu la respiration difficile dans 75,5%, la respiration rapide dans 70,2% et l'incapacité de boire de l'enfant dans 46,2% des cas avec une différence significative avec les réponses des femmes du groupe témoin pour les trois items ( $p < 0,001$ ).

L'utilisation réduite des services de santé face à une IRA modérée contribue à l'augmentation continue de la mortalité à cause du diagnostic tardif (58).

Cette fréquentation des établissements sanitaires est hautement influencée par le milieu, ainsi elle est presque deux fois plus importante en milieu urbain (43%) qu'en milieu rural (25%), du fait de la plus grande disponibilité et accessibilité des infrastructures sanitaires en ville. On constate, par ailleurs, que les mères les plus instruites conduisent plus souvent leurs enfants dans les centres de soins que les femmes sans instruction (2).

Les interventions de type IEC doivent se concentrer de plus en plus sur l'éducation des mères en matière de prévention des accidents domestiques très fréquents chez l'enfant et les aider à acquérir des pratiques plus saines et plus hygiéniques face à ce genre d'imprudences et d'accidents évitables. Les dommages involontaires représentent une principale cause de morbidité chez les enfants en âge scolaire (12).

Chutes, brûlures et ingestion de produits toxiques doivent constituer des sujets de sensibilisation et d'éducation auprès des mères et des enfants, les premières précautions doivent être l'aménagement d'un environnement sans danger, les facteurs majeurs contribuant à l'exposition des enfants à ce risque sont : la non sécurité de l'environnement qui les entoure,

l'incrimination des enfants dans les tâches ménagères dans la cuisine, et l'exposition des enfants aux produits dangereux (60, 61).

Les connaissances des mères et leurs pratiques face à la survenue d'une brûlure doivent être améliorées favorisant l'utilisation de méthodes simples et hygiéniques : enlever les vêtements, appliquer de l'eau froide, penser à consulter les services spécialisés et d'une autre part prôner l'utilisation des méthodes traditionnelles (60).

Dans notre évaluation du programme d'éducation en matière de prévention des accidents domestiques, les résultats ont montré que la différence était significative entre les connaissances des femmes des deux groupes en matière des accidents les plus courants à l'intérieur et à l'extérieur de la maison ainsi qu'en matière de leurs attitudes préventives.

Dans une étude faite à Ghana concernant les attitudes des mères face à une brûlure, l'utilisation des méthodes traditionnelles était la plus fréquente (75%) et 68% seulement des enfants brûlés ont été présentés aux services spécialisés dans les 24 heures suivant l'accident. La raison de la non consultation ou son retard était dans 33% le manque de connaissances sur la gravité des brûlures, dans 32% de cause financière, et dans 12% due aux contraintes du temps et d'accessibilité aux services de soin(62), ces résultats indiquent le besoin de superviser les enfants auprès des sources de feu et le rôle que joue l'éducation sanitaire pour promouvoir les alternatives du traitement traditionnel et des méthodes non hygiéniques pratiquées par les mères devant une brûlure et doivent inciter à la constitution d'espaces de jeu dans les communes pour réduire l'incidence des brûlures chez les enfants (59,60), une solution de prévention des accidents domestiques qui constitue en effet un principal droit de l'enfant qu'est le jeu et les activités ludiques, car il ne peut y avoir une façon plus authentique de refléter l'âme d'une société que la manière via laquelle elle traite ses enfants et conserve leurs droits(63).

### **3-Education pour la santé et Prise en charge intégrale des maladies de l'enfant**

L'évaluation des tendances mondiales aux niveaux de la mortalité et de la morbidité infantiles a poussé l'OMS, au début des années 90, à adopter une nouvelle approche : la prise en charge intégrée des maladies de l'enfance (PCIME). L'approche repose sur le fait que 70% des décès

infantiles peuvent être attribués à cinq causes pouvant être prévenues ou traitées : la pneumonie, la diarrhée, le paludisme, la rougeole et la malnutrition. Un programme de PCIME intégral repose sur trois composantes : changement dans le protocole de diagnostic et de traitement pour les soins cliniques des enfants malades, amélioration du système de santé pour assurer un approvisionnement de médicaments nécessaires et autres appuis pour ces changements et une composante communautaire pour encourager la prise en charge proactive des maladies infantiles au sein des familles et des communautés. La composante communautaire de la PCIME confie aux familles une plus grande responsabilité au niveau du traitement des maladies infantiles, mais demande également des ressources financières considérables et un surcroît du travail pour les équipes sanitaires locales (84).

Afin d'uniformiser cette approche; la faciliter; la rendre plus adaptée et par la suite efficace; un support de " Fiche-patient " a été créé comportant plusieurs items.

Une distinction est tout d'abord faite entre le nourrisson âgé d'une semaine à 2 mois et l'enfant âgé de 2 mois à 5 ans du fait des caractéristiques propres à chaque âge.

Indépendamment de l'âge, la PCIME suit, à chaque fois qu'on aborde un problème de santé de l'enfant, différentes étapes en commençant par l'évaluation et la classification de l'enfant et sa maladie avant de proposer un traitement sans oublier les conseils à la mère et par la suite le suivi des soins

➤ **Le nourrisson âgé d'une semaine à 2 mois :**

Concernant le nourrisson malade âgé d'une semaine à 2 mois, cette approche commence par l'évaluation de l'enfant en recherchant les signes d'infection bactérienne possible (convulsion; signes de détresse respiratoire; état de conscience; écoulement de pus des oreilles ou des yeux;

la température; éruption cutanée; muguet) puis la recherche de signes de déshydratation secondaire à une éventuelle diarrhée. L'évaluation des problèmes alimentaires est aussi importante à cet âge, notamment la qualité de l'allaitement maternel (position de la tétée; vérification de la qualité de la tétée et de la succion) en utilisant la simple observation. Le temps de l'évaluation se termine par la vérification de l'état vaccinal et la supplémentation en vitamine

D tout en notant d'autres problèmes dont souffre le nourrisson. Après ce premier temps, le personnel soignant peut identifier le traitement approprié selon que la classification du nourrisson malade exigera ou non un transfert en urgence (Infection grave; déshydratation sévère; diarrhée persistante; sang dans les selles; incapacité de se nourrir ) auquel cas un traitement urgent de pré-transfert peut être administré dans la formation (première dose d'antibiotique en IM ; diazépam en intra-rectal; traitement préventif d'hypoglycémie; réchauffement d'un nourrisson).

En dehors de l'urgence le traitement suivra les différentes instructions de prise en charge thérapeutique. Il est nécessaire d'apprendre à la mère à poursuivre le traitement à domicile (Comment administrer les SRO ou des ATB; comment traiter un muguet en badigeonnant la bouche par la nystatine et le sérum bicarbonaté...)

A la fin de la consultation et afin d'assurer le suivi des soins il faut expliquer à la mère l'importance du retour à la formation soit immédiatement en cas d'aggravation ou non amélioration; 2 jours plus tard s'il s'agissait d'infection locale; de déshydratation modérée, ou de problème d'alimentation ou plutôt 7 jours s'il y a eu constatation d'insuffisance pondérale.

➤ **L'enfant âgé de 2 mois à 5 ans :**

La PCIME de l'enfant âgé de 2 mois à 5 ans répond presque aux mêmes impératifs tout en respectant les particularités de cette tranche d'âge, en effet; le premier temps est celui de l'évaluation ainsi que la classification de l'enfant et sa maladie puis l'identification du traitement.

Pour atteindre cet objectif, la personne soignante recherche les signes généraux de danger et relève les symptômes évoquant des affections fréquentes à cet âge (toux; difficulté respiratoire; diarrhée, état de la gorge; fièvre; problème d'oreille et signes de rougeole). L'évaluation se poursuit par la vérification de l'état nutritionnel en utilisant le poids de l'enfant et par la recherche de l'anémie en utilisant la coloration de la paume de mains. Ce temps se termine par la vérification de l'état vaccinal de l'enfant et la supplémentation en vitamines

(vitamine D à la naissance et à 6 mois; vitamine A à 6 mois, 12 mois et 18 mois) ainsi que l'identification d'autres problèmes de santé qui n'ont pas été mentionnés par la fiche patient.

Le deuxième temps est celui de l'élaboration du traitement selon que celui là est de pré transfert au cas ou l'évaluation a relevé des signes de danger (Incapacité de boire; vomissement incoercible; convulsion ou léthargie) et classe ainsi l'enfant en "malade très grave", ou bien elle le classe en rubrique " Pas de signes généraux de danger" et par conséquent le traitement sera administré à domicile.

En dehors de certaines situations où les médicaments sont d'abord donnés à la formation de santé (ATB par voie IM; la prévention de l'hypoglycémie ou le traitement de convulsion) la mère doit apprendre, suivant le cas, à donner les ATB par voie orale; à traiter le sifflement léger par des broncho-dilatateurs per os; à lutter contre la fièvre en utilisant du paracétamol ou du l'acide acétylsalicylique ou bien à administrer des multivitamines et des oligo-éléments notamment du fer.

La mère doit être aussi capable après l'apprentissage à gérer une infection locale à domicile par des moyens simples et peu coûteux en utilisant une pommade ophtalmique à la tétracycline pour les infections de l'œil ou des mèches pour assécher l'oreille, du bleu de méthylène pour les ulcérations de la bouche ou encore adoucir la gorge et calmer la toux avec des remèdes inoffensifs (lait maternel; miel; citron; verveine ou du lait chaud).

Les conseils donnés à la mère doivent bannir et faire éviter certaines pratique dangereuses (pointe de feu; bandage du thorax; fumigation; sirop antitussif; friction au camphre...).

La prise en charge à la formation se termine par la vaccination de tout enfant malade ne nécessitant pas de transfert et sa supplémentation en vitamine D et A si nécessaire. Certains conseils et recommandations sont, à l'occasion, dispensés à la mère concernant l'alimentation de l'enfant mais en rapport aussi avec sa propre santé et les mesures d'hygiène. Le suivi de soin sera par la suite assuré selon les trois règles de la prise en charge à domicile de l'enfant (1- l'augmentation de la consommation de liquide; 2- le maintien de l'alimentation pendant la maladie; 3- le retour immédiat à la formation en cas d'aggravation).

La visite de suivi de soins est programmée en jour selon l'affection identifiée initialement et pour laquelle l'enfant a été traité : Sifflement; pneumopathie avec ou sans sifflement; déshydratation sévère traitée initialement à la formation de santé.

A la fin de chaque visite, un conseil est donné à la mère pour la prochaine visite de suivi en rappelant à l'occasion les 3 règles de la prise en charge à domicile.

Au cours de chaque consultation de la PCIME, la fiche-patient est convenablement remplie et sauvegardée pour les utilisations ultérieures lors des visites de suivi de soins (65).

L'extension de la PCIME a démarré en 2001 et ce, suite à son évaluation qui a démontré son impact positif sur la qualité de prise en charge des enfants.

A l'état actuel, elle est mise en œuvre au niveau de 25 provinces et sa généralisation a été inscrite dans le plan d'action national en faveur de l'enfant pour la décennie 2005-2015(20).

### **III. Education pour la santé en matière de la santé maternelle**

#### **1- Situation épidémiologique**

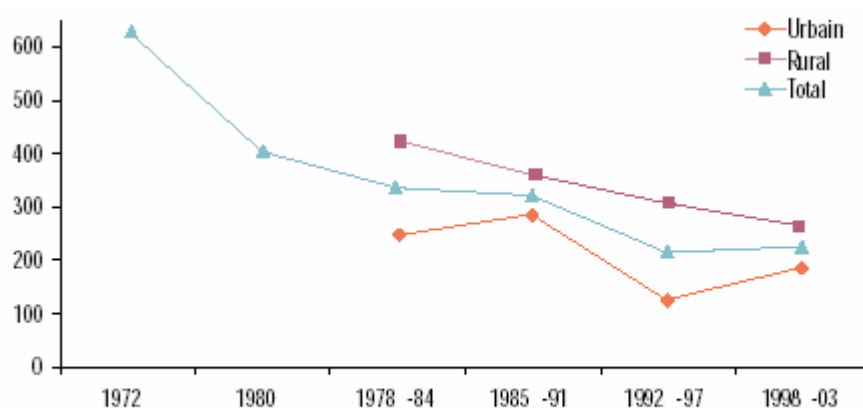
Beaucoup d'études dans les pays en développement ont montré que les problèmes gynécologiques des femmes en âge de procréation sont en partie dus aux soins limités qu'elles reçoivent durant le travail et la délivrance (66). La mortalité maternelle a été reconnue depuis longtemps comme un problème de santé prioritaire, elle constitue le problème majeur du

ministère de la santé et son impact socioculturel est très important, près de 1400 décès maternels soit 3-4 décès par jour (67). Pour réduire cette mortalité ; il faut une prise en charge de qualité des cas compliqués au niveau des maternités des hôpitaux et des maisons d'accouchement , il est à signaler que l'hémorragie, l'éclampsie et les infections puerpérales restent les principales causes de décès maternels. Les effets déployés par le ministère de la santé concernant le renforcement des structures de référence sont des actions envisagées en faveur des maternités des hôpitaux et des services de soins de santé de base (67), en outre, l'instauration d'une formation du personnel relative aux soins obstétricaux d'urgence, à

l'amélioration de la qualité de la consultation prénatale dans les cellules de santé materno infantile et à l'élaboration de messages éducatifs de qualité. De plus, d'autres activités ont été faites telles que le développement des actions d'information-éducation-communication (68).

L'évolution du taux de la mortalité maternelle se caractérise, certes, par une diminution : entre 1972 et 2003-2004, ce taux est passé de 631 à 227 décès pour 100 000 naissances, mais, ce taux reste plus alarmant en milieu rural où il atteint 267 décès pour 100 000 naissances vivantes (3).

Devant l'appréciation de ces indicateurs de santé, on peut dire que l'amélioration de l'état de santé étant l'objectif de tout système ne sera réalisée qu'en agissant sur ces différents indicateurs par l'emploi de diverses méthodes, visant en premier la prévention et la promotion de la santé.



Source : Profil sociodémographique du Maroc (CERED), 2004

**Figure 6 : Evolution du taux de mortalité maternelle (pour 100.000 naissances) (3).**

La santé de la mère est aussi essentielle pour un nouveau-né, notamment à la lumière de nouvelles recherches qui suggèrent qu'un bon environnement néonatal est une garantie de santé future. Avec l'OMS et le Fonds des Nations Unies pour la population (FNUAP), l'UNICEF soutient des programmes de santé communautaires très complets pour les femmes enceintes, auxquels elle apporte une assistance technique et financière.

Ces programmes contribuent à la distribution de suppléments en micronutriments, des vaccins, des antipaludéens et des moustiquaires traitées à l'insecticide, etc. De plus, elle s'efforce d'élargir l'accès aux connaissances dans divers domaines telle la meilleure pratique de l'allaitement maternel et de l'alimentation d'appoint, en matière d'hygiène, d'évacuation sans risque des excréta et de l'éducation sanitaire. D'autre part, elle offre des soutiens financiers et du matériel de base (accès et approvisionnement en eau, équipements d'assainissement...) afin de garantir une meilleure gestion des maladies infantiles. En outre, elle appuie les gouvernements pour soutenir les politiques et les budgets, renforcer les capacités techniques de ces programmes, et encourager la création de partenariats pour regrouper des compétences et des ressources, notamment en qualité de promoteur, de facilitateur et de coordinateur dans les situations d'urgence (43).

## **2-Place de l'éducation pour la santé dans l'amélioration de la santé maternelle**

L'éducation pour la santé intervient dans l'amélioration des connaissances, attitudes et pratiques de la population notamment celle des femmes représentant la pierre angulaire de l'ascension des niveaux de développement des sociétés. Plusieurs domaines de la santé s'offrent aux interventions de l'éducation sanitaire auprès des femmes, les principales activités suggérées par l'OMS et l'UNICEF pour la promotion de la santé au niveau communautaire incluent l'allaitement exclusif au sein, l'alimentation supplémentaire appropriée, la vaccination complète, les règles et le maintien de l'alimentation lors des épisodes des maladies de l'enfant, les soins précoces, l'amélioration de l'hygiène domestique, la promotion du développement mental et social de l'enfant et la livraison de soins prénataux pour les mères (62).

Dans le cadre de la réalisation des activités suggérées par L'OMS et l'UNICEF pour la promotion de la santé, et à coté des efforts déployés par les systèmes de santé étatiques, l'intervention des ONG et associations locales dans un objectif d'approche communautaire revêt une importance de plus en plus croissante afin d'identifier les différents besoins en matière de santé et de droit au soin auprès des populations défavorisées, ces associations locales

soutenues par d'innombrables organismes : OMS, UNICEF, FNUAP jouent le rôle d'intermédiaires permettant d'une part de rendre authentiques les insuffisances et besoins ressentis dans la population cible et d'autre part de véhiculer à travers divers moyens une éducation sanitaire capable de changer et corriger les perceptions, les connaissances et les pratiques de femmes en matière de santé, d'hygiène et des droits de l'homme.

➤ **En matière d'hygiène :**

Ainsi dans un projet de développement sanitaire réalisé dans une région rurale du Bangladesh, les promoteurs de la santé ont fourni une éducation sanitaire et motivé les familles à installer des toilettes sanitaires au sein de leurs logements, le projet a évalué les connaissances et les pratiques des mères et des membres de la famille en ce qui concerne l'utilisation de l'eau potable et des toilettes des maisons, 2 ans après, une évaluation a été réalisée dans cette région et comparée à une autre région similaire du Bangladesh. Les résultats ont montré une amélioration de l'utilisation des toilettes sans amélioration dans les pratiques sanitaires des familles. L'éducation sanitaire seule, sans amélioration du statut socioéconomique n'est pas efficace dans le changement des conduites (69).

Dans le domaine de l'hygiène du milieu et des aliments, les programmes d'éducation sanitaire rendent service et soutiennent la promotion de la santé (7, 23, 26, 28, 29, 62, 69, 70).

Le projet que nous proposons d'évaluer a également travaillé sur l'éducation en matière d'hygiène en véhiculant aux femmes des messages concernant l'hygiène du milieu, la gestion des déchets, et a montré une différence significative entre les connaissances et les pratiques des mères en matière de traitement de l'eau et de conservation des aliments, ainsi que dans l'hygiène corporelle : lavage des mains et brossage des dents. La comparaison des connaissances des mères en matière de gestion des déchets domestiques a montré également une différence significative entre les femmes ayant été sujettes de l'éducation et les autres femmes. Pour la relation entre modes de propagation de la diarrhée et hygiène du milieu et des aliments, le projet a montré une différence significative entre les connaissances des deux groupes.

➤ **En matière de santé de la reproduction**

L'éducation pour la santé intervient de façon remarquable dans la réduction du taux de la mortalité maternelle et néonatale en agissant sur les causes incriminées surgissant tout au long de la grossesse et surtout lors du déroulement de l'accouchement en amenant les femmes à avoir un meilleur soin en période périnatale et évitant aux nouveaux nés le risque de mortalité et de morbidité à long terme (71, 72). Le déroulement de la grossesse peut être amélioré grâce au maintien d'un bon état de santé personnel. L'alimentation adéquate et équilibrée reflétée par le gain pondéral de 10 à 12 Kg est associé avec une réduction des taux de mortalité périnatale, l'abstinence et l'éviction des habitudes toxiques offre une grande opportunité au fœtus d'être en meilleur état de santé, les infections périnatales peuvent être prévenues par l'immunisation(rubéole), l'hygiène alimentaire(toxoplasmose), et la détection précoce de signes cliniques pouvant être en rapport avec une infection virale(herpes simplex)(73).

Lors d'un programme d'éducation sanitaire effectué en EGYPTÉ pour les soins au cours de la grossesse et l'importance des CPN, la comparaison des connaissances et perceptions des femmes a montré que 92% des femmes participant au programme croyaient que l'adhérence aux CPN permet le diagnostic précoce d'éventuelles signes de gravité comparées à 77% des femmes du groupe témoin, mais seulement 43% des femmes profitant du programme d'éducation avaient des contrôles médicaux réguliers lors de leurs grossesses(74), ces résultats traduisent la nécessité d'accompagnement des femmes dans leurs pratiques en plus de la diffusion de messages théoriques.

Au Maroc, selon l'enquête sur la population et la santé familiale EPSF 2003–2004, concernant les consultations prénatales, dans 69% des naissances, la mère a consulté, au moins une fois, un professionnel de la santé. Ce sont les femmes résidant en milieu urbain qui vont consulter le plus fréquemment un professionnel de la santé (85% contre 48% en milieu rural).

Par ailleurs, le recours aux soins prénatals est d'autant plus fréquent que le niveau d'instruction de la mère est élevé : 93% des femmes ayant atteint, au moins, le niveau secondaire vont en consultation prénatale auprès d'un professionnel de la santé, contre 79% de celles ayant un niveau primaire et seulement 56% des mères sans instruction (2).

Dans notre évaluation du projet de l'éducation ; les femmes des deux groupes ont été comparées concernant leurs connaissances dans la surveillance et le déroulement de la grossesse en évaluant plusieurs items et a noté une différence significative dans la connaissance des signes cliniques et signes alarmants de la grossesse ainsi que pour le nombre de CPN nécessaires.

La promotion des programmes d'éducation pour l'amélioration des conditions de la grossesse et de l'accouchement est étendue aussi à l'évaluation de l'alimentation et le risque de l'anémie chez les femmes enceintes à l'exemple d'un programme d'éducation effectué en EGYPTE qui a eu pour objectif de déterminer la prévalence de l'anémie et l'évaluation de l'effet de la supplémentation en fer ainsi que le programme d'éducation nutritionnelle parmi les femmes en milieu rural de BELBIS. L'évaluation a montré que la prévalence de l'anémie chez les femmes était de 55% et que après l'intervention du programme d'éducation nutritionnelle et la supplémentation en fer ; la prévalence a été réduite de 32% alors qu'elle était de 46% chez les femmes n'appartenant pas au groupe du programme (75, 76).

Le groupe à plus haut risque d'anémie est constitué par les femmes enceintes du fait que, pendant la grossesse, la seule alimentation habituelle de la femme ne peut répondre à ses besoins en fer qui sont accrus par la croissance du fœtus. Pour cette raison, dans les pays où l'anémie est prévalente, il est recommandé aux femmes enceintes de prendre des suppléments en fer pendant plusieurs mois de la grossesse (2).

Le contrôle et la promotion de la santé de la mère passent inéluctablement par la qualité de sa santé reproductive, et influencent positivement la santé de l'enfant ainsi que le bien être familial. Il est clair que l'utilisation de la contraception a beaucoup d'avantages : elle limite les complications à la naissance, améliore généralement la santé de la femme et réduit le nombre d'avortements (77, 78).

Dans une étude faite dans six des pays en développement : Zimbabwe, Thaïlande, Egypte, Tunisie, Guatemala, et Colombie pour examiner la relation entre l'utilisation des services de SMI et l'utilisation de méthodes contraceptives, les résultats ont montré qu'il y avait une association significative entre l'accès eu services de SMI et l'utilisation de la contraception (79), cette étude traduit la place de l'éducation sanitaire dans la promotion de la planification

familiale et la santé reproductive en incitant les femmes à développer une demande de soins auprès des services de SMI et reflète malheureusement l'impact négatif de la difficulté de l'accès au soin sur la promotion de la santé materno-infantile.

Dans les pays en développement, plus de 20% de la lourdeur des maladies des femmes en age de procréation est directement lié à la reproduction et aux infections sexuellement transmissibles. Dans ces pays, le risque de mortalité d'une femme par une cause obstétricale est 33 fois celui de sa rivale dans les pays développés (66). La santé reproductive ne peut être séparée des conditions de pauvreté et d'insécurité dans lesquelles vivent les femmes dans les pays en développement (80).

Lors d'une étude menée à Dakar en Sénégal visant à évaluer le niveau des connaissances des adultes en matière de santé reproductive, de méthodes contraceptives et d'accès aux services de SMI, les résultats ont montré que seulement le 1/3 du groupe identifiait correctement la période du cycle ou une grossesse est la plus risquée alors que l'ensemble du groupe avait des idées fausses concernant les méthodes contraceptives (81).

Dans les résultats de notre évaluation 70,2% des femmes profitant de l'éducation ont réussi à identifier la période de l'ovulation contre 22% des femmes n'ayant reçu aucune éducation.

Dans les pays en développement, particulièrement en Afrique, les maladies liées à la santé reproductive sont responsables de grands enjeux telles la mortalité et la morbidité maternelles comparés aux pays développés, en plus, les connaissances en matière de santé reproductive d'accès au soin de qualité en Afrique sont pauvres avec comme traduction des conséquences sanitaires significatives. En Ibadan à Nigeria, l'évaluation d'un programme d'éducation sanitaire a montré que 56% des femmes savaient quand une grossesse peut survenir lors de leurs cycles menstruels et 90% des femmes connaissaient les avantages et bienfaits de la contraception, il existe cependant un large besoin de continuer l'éducation des femmes en matière d'avantages de l'entretien d'une bonne santé reproductive ainsi que l'intégration et la participation des hommes dans les programmes de planification familiale pour promouvoir l'utilisation des services de planification familiale (82).

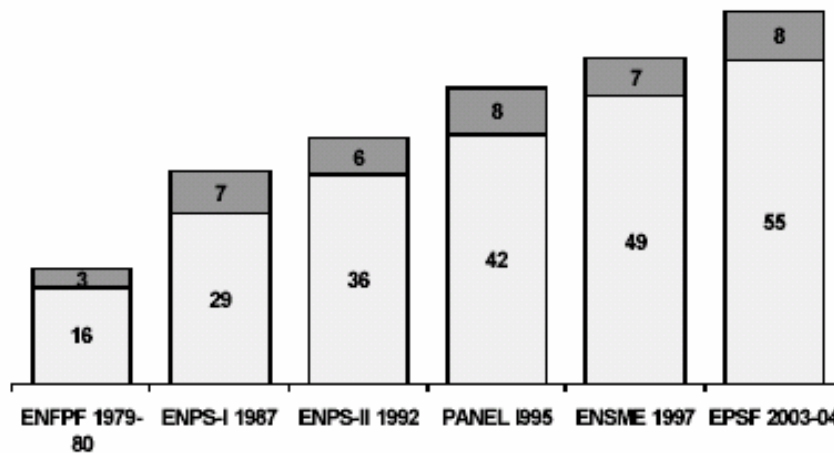
De notre part, l'évaluation du programme d'éducation en matière de connaissances de l'objectif de la planification familiale dans la programmation et le contrôle des grossesses et de

l'intervalle les séparant, 57,4% des femmes du projet ont eu de bonnes connaissances contre 29% des femmes du groupe témoin avec une différence hautement significative ( $p < 0,001$ ).

Les interventions d'éducation sanitaire sont largement considérées comme la stratégie la plus appropriée pour la promotion de la santé. En Egypte, un programme d'éducation destiné aux jeunes universitaires a montré qu'ils non pas ou peu de connaissances correctes regardant la santé reproductive. L'évaluation du programme a montré une amélioration dans la majorité des connaissances dans le groupe éduqué alors qu'il n'y avait aucun changement dans les informations du groupe non éduqué, une amélioration significative de 25% a été constatée dans les connaissances en matière d'IST et de 20% en matière d'allaitement et de planification familiale (83).

Les programmes d'éducation sanitaire en matière de santé reproductive doivent intéresser les différents facteurs participant à la réussite de l'équilibre familial et insister sur la santé de la mère via le respect d'un délai inter gestationnel, l'intervalle court entre deux grossesses successives étant un facteur de risque d'accouchement prématuré et de mortalité néonatale (84). De même, la prévention des grossesses chez les femmes âgées de plus de 42 ans, car le cas contraire expose plus de la moitié des grossesses à une perte fœtale, l'age maternel étant un facteur de risque significatif des avortements spontanés (85).

Le meilleur moment de l'initiation à l'éducation en santé reproductive serait en post-partum, car le contact avec les mères en ce moment représente une opportunité d'éducation sanitaire à propos des soins de l'enfant et de la planification familiale et surtout la promotion de l'adhérence à l'utilisation des services de SMI (57).



**Figure 7 : Utilisation actuelle des méthodes contraceptives par les femmes mariées (2).**

➤ **Prévention et traitement des IST**

Il a largement été prouvé qu'en combinant les services de prévention et de traitement des IST avec ceux de planification familiale, la couverture des IST augmentera et le service combiné sera d'une plus grande qualité et sera plus disponible à répondre aux besoins de la femme.

Quelques efforts déployés en matière de l'intégration IST/PF semblent apporter un bénéfice du moment où cette intégration a eu un impact positif sur la satisfaction des femmes en prévention et l'amélioration de leurs perceptions en matière de planification familiale (86).

La promotion de la prévention des IST/SIDA consiste en l'utilisation de l'éducation sanitaire pouvant revêtir plusieurs images : intégration des services de prévention des IST et des services de SMI, projets de partenariat entre programmes d'éducation sanitaire et éducation scolaire, et l'utilisation de moyens de communication pour appuyer les messages de programmes d'éducation en santé. Ainsi, l'approche de collaboration entre un programme d'éducation en prévention du VIH/SIDA et 10 écoles dans la province de Chiang Mai en Thaïlande a permis la réussite des jeunes éduqués à diffuser les connaissances et pratiquer les activités éduquées chez eux et à partager les connaissances en éducation sexuelle et les messages de prévention du SIDA avec leurs collègues d'école, l'intervention par cette collaboration a mobilisé les parents, les instituteurs et les administrateurs des écoles à jouer un

rôle actif dans l'éducation sexuelle et la prévention du SIDA, ce qui a amené à l'intégration du programme dans le système scolaire (87).

D'autre part, en réponse à la croissance de l'épidémie du SIDA au Nigeria, l'agence de développement international des états unis (USIAD) a initié le projet VISION qui a pour objectif l'amélioration de l'utilisation de la contraception, de la survie des enfants et l'amélioration de l'utilisation des services de prévention contre le VIH/SIDA.

Ce projet a utilisé comme moyen une campagne par médias qui a visé la promotion de la santé reproductive et la prévention des IST et VIH/SIDA. Le projet a couvert une grande portion de la population et a été exposé par média en matière de santé reproductive et prévention des IST et a aidé à l'amélioration de la conscience vis-à-vis du VIH/SIDA. Les programmes ayant comme population cible les populations rurales, les femmes, les jeunes célibataires et qui diffusent des informations en matière de l'utilisation des préservatifs sont importants pour la promotion de la prévention par l'utilisation des préservatifs. Le progrès des conduites en matière de la prévention du VIH/SIDA exige que les efforts de la mise en route de programmes pareils continue ; s'effectue en association avec d'autres interventions et vise les individus ayant des caractéristiques socio démographiques spécifiques (88).

Au Nigeria, 70,8% des femmes croient que la mère peut transmettre le SIDA à son enfant et 58% croient que la transmission est possible par l'allaitement au sein, 80% croient que la prévention est possible et évoquent l'utilisation des préservatifs dans 67,9% et la fidélité dans 73,8% comme moyens de prévention du SIDA (89).

Nos résultats ont montré que les femmes éduquées évoquent l'utilisation des préservatifs dans 73,4% et fidélité dans 91,4% comme moyens de prévention contre les IST et SIDA.

#### **IV. Evaluation des programmes de santé**

L'évaluation devient incontournable dans le domaine de la santé comme dans tous les autres secteurs de la vie éducative, sociale, économique et professionnelle.

L'évaluation est un processus d'analyse quantitative et/ou qualitative qui consiste à apprécier soit le déroulement d'une action ou d'un programme, soit à mesurer leurs effets (c'est-à-dire, les effets spécifiques et les conséquences ou l'impact). Toutes les démarches d'évaluation sont des démarches d'observation et de comparaison. La comparaison s'établit toujours entre des données recueillies et un référentiel.

On distingue couramment et schématiquement :

- Les évaluations strictement comparatives de type "avant/après" ou "ici/ailleurs" ;
- Les évaluations analytiques qui recherchent des causes de dysfonctionnement ou de changement ;
- Les évaluations dynamiques de type "rétroaction" qui modifient l'action en cours au fur et à mesure de son déroulement. (90)

De nombreux débats se poursuivent sur les méthodes d'évaluation de l'efficacité de l'éducation pour la santé.

Les tenants d'une première école se référant à l'approche « épidémiologiste » mesurant l'atteinte d'objectifs préalablement fixés pour une population donnée (augmenter le taux de non fumeurs dans un public scolaire par exemple). Ceux d'une seconde école, se référant aux approches « communautaires », souhaitent que les objectifs et les moyens mis en œuvre pour les atteindre, voire les méthodes d'évaluation soient déterminés par la population elle-même, empêchant tout protocole d'intervention ou d'évaluation préalablement défini. Dès lors, le mode d'évaluation devient indissociable du type d'approche utilisé dans le programme (10)

**Tableau 3 : Méthodes d'évaluation. (10)**

<b>Approche dominante des programmes</b>		
	<b>Traditionnelle positiviste : Education pour la santé</b>	<b>Postmoderne : Promotion de la santé</b>
<b>Action/ interventions</b>		
-Définition des objectifs	-Par les expérimentateurs	-Par la population concernée par le programme
-Type d'objectifs	-Inciter et adopter les comportements favorables à la santé	-provoquer des changements organisationnels (mouvement social et/ou citoyen) et environnementaux favorables à la santé
-Conception	-Par les experts/ expérimentateurs à partir de théories explicatives	- Par la population concernée par le programme
<b>Evaluation</b>		
-Objectifs	Mesure des effets du programme : amélioration des connaissances, des compétences, des attitudes et des comportements de santé	-Examen du processus du déroulement du programme : suivi et vécu des étapes
-Approche dominante	-Quantitative : mesure d'indicateurs	-Qualitative : analyse des phénomènes et des ressentis vécus par la population
-Méthodologie	-Protocole expérimental : groupe(s) de comparaison et tirage au sort (situation idéale)	-Interviews individuelles et réunions du groupe avec les intervenants et la population
-Point de vue épistémologique	-Approche expérimentale : efficacité scientifiquement déterminée	-Approche développementale : efficacité démocratiquement déterminée

Dans notre projet, l'évaluation s'est basée sur la comparaison des connaissances et attitudes des mères formées avec un groupe de référence non formées. Il est possible d'imaginer un suite de ce travail en étudiant les pratiques des mères devant des situations morbides ou à risque (grossesse= surveillance, accouchement en milieu surveillé, diarrhée aigue= utilisation des SRO etc.). Il est difficile de concevoir une évaluation consistant à mesurer l'impact de ce programme à long terme sur la santé de la population (indicateurs : mortalité néonatale, prévalence des maladies infantiles, couverture par les programme : PNI, CPN etc.). Ceci du fait de la nature même de l'intervention, son caractère limité dans l'espace et le temps et le non contrôle de plusieurs facteurs influents (biais).

# CONCLUSION

La promotion de la santé au Maroc reste, comme dans les autres pays en développement un défi méritant le déploiement d'efforts sérieux en vue de l'amélioration de l'état de santé de tout individu et par la suite la participation au progrès des pays.

Le concept du « développement humain 2025 » dans notre pays conçoit un Marocain développé sur la plan sanitaire, jouissant d'un meilleur environnement, prévenu des maladies transmissibles et non transmissibles, vivant pleinement son droit à la santé et participant par son comportement dans l'amélioration de l'état de santé de sa famille et le développement de sa société.

La réforme de la santé dans notre pays se base sur une intersection des activités des secteurs public, privé et associatif pouvant par plusieurs méthodes améliorer la qualité de vie des citoyens. Cette vision nécessite l'intervention auprès des communes en approchant les populations défavorisées et en besoin des soins ; d'assainissement, d'alphabétisation et d'éducation.

Notre travail a discuté l'évaluation d'un programme d'éducation sanitaire visant une population de femmes rurales qui ont pu profiter de plusieurs séances d'éducation et d'information afin de leur fournir des connaissances de base concernant leurs vies ainsi que celles de leurs entourages. Nous avons évalué les connaissances des femmes des deux groupes et constaté que ce programme a réussi à améliorer les connaissances, attitudes et pratiques des femmes éduquées dans plusieurs domaines: hygiène, grossesse et accouchement, santé reproductive, vaccination, développement de l'enfant...

Les résultats ont montré une différence hautement significative entre la majorité des réponses des deux groupes des femmes.

Il ressort, à travers ce travail la nécessité d'encourager les interventions communautaires et les activités d'éducation en santé spécialement auprès des femmes en milieu rural, d'évaluer ces interventions, les modifier et les adapter aux besoins locaux selon les régions et les populations afin de rendre utile et efficace toute intervention en matière de promotion de la santé.

Il est à signaler que la promotion de la santé doit dépasser les actions d'éducation pour la santé et les actes préventifs visant le simple individu, il s'agit également et selon les recommandations d'Ottawa :

- D'élaborer une politique publique saine ;
- De créer des milieux favorables ;
- De renforcer l'action communautaire ;
- De développer les aptitudes personnelles ;
- De réorienter les services de santé.

# **RESUMES**

## RESUME

La promotion de la santé à travers les programmes d'éducation pour la santé revêt une importance universelle et exige une conceptualisation et adaptation selon les régions. L'évaluation de toute intervention en matière d'éducation pour la santé constitue une étape primordiale dans le développement du niveau des actions et projets sanitaires et la mise en valeur de leur efficacité. Ce travail consiste en une évaluation d'un projet d'éducation pour la santé materno-infantile réalisé par l'association ENAKHIL sur les fonds du FNUAP en faveur des femmes du milieu rural de trois communes de la province Haouz de la région Marrakech Tensift Haouz. La comparaison des connaissances des femmes non éduquées (n 100) et des femmes éduquées (n 94) réalisée entre Août 2005 et Janvier 2006 pour le groupe témoin, et entre Janvier et Février 2007 pour le groupe éduqué a montré les principaux résultats suivants :

95,7% des femmes éduquées considèrent l'ajout de l'eau de javel à l'eau du puits une bonne modalité du traitement de l'eau contre 69% des femmes non éduquées. La plupart des femmes éduquées ont de bonnes connaissances concernant la grossesse et l'accouchement: 89,3% des femmes éduquées pensent que l'accouchement en milieu spécialisé assure une bonne prise en charge contre 70%. 62,7% des femmes éduquées pensent que la pilule doit être prise en absence des rapports contre 41% des femmes témoins. 27,6% des femmes éduquées pensent que la pilule ne protège pas contre les IST contre 2% seulement des femmes non éduquées. 81,9% des femmes du projet croient que le manque d'hygiène domestique et corporelle est un principal mode de propagation des maladies diarrhéiques contre 33% des femmes non éduquées. 88,2% des femmes du projet reconnaissent la gravité de la diarrhée contre 32% des femmes témoins. 81,9% des femmes du projet considèrent la prévention contre les brûlures de l'enfant primordiale en évitant toute source de feu contre 55% des femmes témoins. 71,2% des femmes du projet reconnaissant le nombre de vaccins nécessaires avant l'âge de 9 mois contre 1% des femmes non éduquées. 90,4% des femmes éduquées reconnaissent le risque des

angines non traitées contre 69% des femmes témoins. Les connaissances des femmes en matière des droits de l'enfant sont significativement différentes entre les deux groupes. Notre travail montre la place des programmes d'éducation pour la santé dans l'amélioration des connaissances et pratiques des femmes en milieu rural et confirme l'efficacité de ce programme concernant les connaissances et attitudes des populations en matière de santé maternelle et infantile dans cette région.

**Mots clés : Santé materno–infantile, éducation pour la santé, évaluation**

## SUMMARY

The promotion of health through the programmes of education for health has a universal importance and requires a conceptualization and adaptation according to areas'. The evaluation of any intervention as regards education for health constitutes a paramount stage in the development of the level of the actions and medical projects and the development of their effectiveness. This work consists of an evaluation of a project of education for maternal and children health realized by association ENAKHIL on the funds of the FNUAP in favour of the women of the three rural communes of the Haouz province of the area Marrakech Tensift Haouz. The comparison of knowledge of the not educated women (n 100) and of the educated women (n 94) realized between August 2005 to January 2006 for the not educated group, and between January and February 2007 for the educated group showed the principal following results:

95,7% of the educated women consider the addition of bleach to the water of the well a good method of the water treatment against 69% of the not educated women. The majority of the educated women have good knowledge concerning the pregnancy and the childbirth: 89,3% of the educated women think that the childbirth in specialized services ensures a good control against 70%. 62,7% of the educated women think that the pill must be taken in absence of the sexual reports against 41% of the pilot women. 27,6% of the educated women think that the pill does not protect from STI against 2% only from the not educated women group. 81,9% of the women of the project believe that the lack of domestic and body hygiene is a principal mode of propagation of the diarrhoeal diseases against 33% of the not educated women. 88,2% of the women of the project recognize against the gravity of the diarrhoea 32% of the pilot women. 81,9% of the women of the project consider the prevention against the child burns important by avoiding any source of fire against 55% of the pilot women. 71,2% of the women of the project recognizing the number of vaccines necessary before the 9 months age against 1% of

the not educated women. 90,4% of the educated women recognize the risk of the anginas untreated against 69% of the pilot women. Knowledge of the women as regards the children rights is significantly different between the two groups. Our work shows the place of the programmes of health education in the improvement of knowledge and practical of the women in rural communities and confirms the effectiveness of this program concerning knowledge and attitudes of the populations regarding maternal and children health in this area.

## ملخص

تعتبر برامج التوعية و التربية الصحية بخصوص الصحة شرطا مهما بالنسبة لتطور مستويات الصحة كما تتخذ مكانة مهمة في جميع البلدان إلا أن هذه البرامج يجب أن تكون خاضعة لخصوصيات كل بلد و متكيفة مع حاجياته و التزاماته . من جهة أخرى فان هذه البرامج لا يمكن أن تيرهن عن أهميتها إلا بخضوعها لمجموعة من الاختبارات. يعتمد هذا البحث على تقويم نتائج مشروع "جمعية النخيل" للتوعية و التربية في صحة الأم الطفل بالمجال القروي لعمالة الحوز جهة مراكش تانسيفت الحوز.

إن مقارنة معارف النساء المشاركات في المشروع و النساء غير المشاركات و التي تراوحت بين غشت 2005 ويناير 2006 بالنسبة لمجموعة غير المشاركات و بين يناير و فبرابر 2007 بالنسبة لمجموعة المشاركات في البرنامج تبين النتائج التالية :

95.7% من النساء المشاركات في المشروع يعتبرن إضافة "ماء جافيل" إلى ماء البئر طريقة صالحة لمعالجة مياه الشرب مقارنة مع 69% من النساء غير المشاركات.

أغلبية النساء المشاركات اكتسبن معارف جيدة في مجال الحمل و الولادة حيث إن 89.3% يدركن أن الولادة في المراكز الصحية أكثر سلامة بينما 70% من غير المشاركات يدركن ذلك. 62.7% من المشاركات يعرفن انه يجب اخذ حبوب منع الحمل في غياب الاتصال الجنسي و 27.6% منهن يعرفن أن هذه الحبوب لا تحمي من الأمراض المنقولة جنسيا. أما في مجموعة غير المشاركات فان 41% فقط يعرفن أن حبوب منع الحمل يجب أن تؤخذ في غياب الاتصال الجنسي و 2% فقط يعرفن أنها لا تحمي من الأمراض المنقولة جنسيا. تعتبر 81.9% من المشاركات غيا ب شروط النظافة المنزلية و البدنية سببا مهما في انتشار الإسهال مقارنة مع 33% فقط من غير المشاركات. 88.2% من النساء المشاركات يقدرن خطورة الإسهال مقارنة مع 32% من غير المشاركات

81.9% من المشاركات يعتبرن الوقاية مهمة في اجتناب أخطار الحوادث المنزلية خصوصا خطر الحريق مقارنة مع 55% من غير المشاركات .

71.2% من المشاركات في المشروع نجحن في معرفة مختلف مواعيد التلقيح عند الأطفال قبل سن 9 أشهر مقارنة مع 1% فقط من النساء غير المشاركات.

90.4% من المشاركات تعرفن على خطر إهمال معالجة التهاب اللوزتين مقارنة مع 69% من غير المشاركات في المشروع.

أما في مجال حقوق الطفل فان معارف النساء من المجموعتين كانت متباينة بشكل واضح هذا البحث يبين مكانة المشاريع الهادفة إلى التوعية و التربية الصحية و دورها في تطوير المعارف و تطبيقها من طرف النساء في المجال القروي كما يؤكد نجاح هذا المشروع في ما يتعلق بالمعارف و الاعتقادات المتبعة من طرف النساء في مجال صحة الأم و الطفل في هذه الجهة.

# ANNEXES

## Fiche d'évaluation

Nom et prénom :

Village :

Age :

Etat matrimonial :

Gestité et parité :

Nombre d'enfants vivants :

Niveau d'instruction : I , II , Sup. , Alpha non formelle

### Hygiène

1/ Pourquoi le manque d'hygiène entraîne des maladies ?

-  Microbes,  autre

2/ Citez deux modalités pour traiter l'eau du puits :

-  ajouter de l'eau de javel,  la faire bouillir

Comment conservez vous l'eau ?  Dans des récipients propres et couverts

Quand penser à changer l'eau des récipients ?

ne pas dépasser trois jours pour la consommation

3/ Citez trois conditions de protection des aliments pour prévenir les maladies

-  conservation au frais

-  cuisson et consommation rapides

-  bouillir le lait

-  autre

4/ Citez 3 situations où le lavage des mains est obligatoire pour se protéger des maladies

-  en sortant des toilettes

-  avant de manger

-  avant de préparer les repas

Quel est le minimum de délai de se laver le corps pour assurer une bonne hygiène ?

-  1 fois/semaine

-  1 fois /15 jours

-  1 fois /mois

5/ Lavez vous les dents ? Combien de fois/jour ?

-  oui

-  non

;-  1 fois/jour

-  2 fois/jour

6/ Selon vous est ce que c'est nécessaire de changer de vêtements ?  oui  non

Dans quels vêtements dormez vous ?

7/ Citez 3 solutions de se débarrasser des ordures et des selles :

-  les brûler

-  les enterrer

-  les mettre dans un sac fermé

### **Grossesse :**

8/ Dans quelle phase du cycle vous risquez de tomber enceinte après un rapport sexuel ?

-  entre le 10<sup>ème</sup> et le 17<sup>ème</sup> jour du cycle  autre

9/ Quelle est la durée normale de la grossesse ?  9mois,  autre

10/ Citez 4 signes devant lesquels vous devez penser à une grossesse

-  retard anormal des règles -  seins tendus -  nausées et vomissements -  fatigue

11/ Si vous êtes enceinte, combien de CPN devez vous suivre ?

12/ Citez au moins 3 situations constituant des FDR de la grossesse

-  maladie de la mère -  délai de 2 ans entre grossesses -  ATCD de FC ou avortements

13/ Citez 3 signes alarmants au cours de la grossesse

-  saignements -  oedèmes des pieds, visage -  fièvre

14/ Quelles mesures hygiéno-diététiques adopter au cours de la grossesse ?

Citez en 3 :

-  plus de repos -  bonne alimentation -  hygiène corporelle

### **Accouchement :**

15/ Citez 3 signes d'un accouchement imminent

-  perte de bouchon muqueux -  contractions plus fortes, fréquentes -  RPDE

16/ Citez 3 signes de gravité imposant la surveillance de l'accouchement en milieu spécialisé :

-  travail prolongé -  bébé souffrant -  saignements

17/ Citez au moins 3 situations rendant l'accouchement à risque :

-  ATCD obstétricaux : césarienne, mort né, prématuré  
-  ATCD personnels de la mère : diabète, HTA, anémie sévère  
-  risque pour l'accouchement actuel

18/ Citez au moins 3 avantages de l'accouchement dans un milieu médicalisé

-  prise en charge immédiate de la mère et du bébé  
-  bonnes conditions d'hygiène  
-  personnel qualifié et matériel disponible

### **Planification familiale :**

19/ Citez au moins 3 apports de la PF pour le couple

- décider du nombre d'enfants
- programmer les grossesses et l'intervalle les séparant
- quand arrêter d'avoir des enfants

20/ Quel est l'avantage de la PF pour la mère et le bébé ?

- bien être familial
- autre

21/ Citez les 4 règles d'utilisation de la pilule comme méthode contraceptive :

- prise continue et régulière
- prise même en absence des rapports
- arrêt de 7 jours si plaquette de 21 pilules
- arrêt de 24h si oubli et utilisation d'autre Méthode

22/ Citez 3 inconvénients de la pilule

- pas de protection contre les IST
- contre-indication si diabète ou maladie du cœur
- effets secondaires
- autre .....

23/ Donnez 2 avantages des méthodes contraceptives à long terme :

- suivi médical espacé
- respect de l'allaitement

24/ Citez 2 situations où les méthodes chirurgicales seraient la meilleure méthode contraceptive :

- ne plus avoir d'enfants
- santé de la mère compromise par ma grossesse

### **Infections sexuellement transmissibles :**

25/ Donnez 2 signes d'IST chez l'homme et 2 signes chez la femme :

- écoulement urétral
- pertes vaginales, démangeaisons
- lésions génitales
- lésions génitales

26/ Citez au moins 3 complications des IST non traitées :

- stérilité
- certains cancers chez la femme
- transmission de l'infection au bébé

27/ Est-ce que les IST sont guérissables ? -  oui -  non

28/ Citez 3 méthodes simples de prévention des IST

- fidélité
- préservatif
- abstention

### **Maladies diarrhéiques :**

29/ Quand parler de diarrhée aigue chez l'enfant ?

-  plus de 3 selles liquidiennes/jour -  autre

30/ Citez au moins 3 modes de propagation de diarrhée entre les enfants :

-  mains sales  aliments et lait souillés -  absence d'hygiène domestique

31/ Comment une diarrhée peut elle tuer ?

-  par déshydratation -  autre

32/ Citez 3 signes de gravité de la diarrhée

-  agitation de l'enfant et yeux foncés -  soif, pli cutané persistant

-  sang dans les selles

33/ Citez 3 règles à suivre devant une diarrhée de l'enfant :

-  donner beaucoup à boire -  donner à manger -  surveiller et acheminer à l'hôpital si aggravation

34/ Comment nourrir l'enfant une fois guéri de sa diarrhée ?

-  un repas supplémentaire par jour pendant 2 semaines

35/ Est-ce qu'il faut arrêter le sein lors de la diarrhée ? - oui

-  non

### **Développement de l'enfant :**

36/ Vers quel age votre enfant doit se tenir assis ? -  6-9 mois

-  autre

37/ Vers quel age votre enfant doit commencer à marcher

-  avec appui : 1an

-  sans appui : 18mois

38/ A quel age votre enfant doit commencer à répéter des syllabes ?

-  8-10 mois

-  autre

39/ Comment développer l'intelligence chez votre enfant ?

-  stimulation de l'enfant

-  jeu

-  autre

40/ Avec quelle fréquence devez vous peser votre enfant avant l'age de 3 ans ?

-  chaque mois

-  autre

41/ Quels sont les 2 paramètres de surveillance cités sur tout carnet de santé ?

-  courbe de poids

-  vaccination

### **Accidents de l'enfant :**

42/ Citez 4 accidents courants de l'enfant à l'intérieur de la maison

- intoxication
- traumatismes
- brûlures
- chute d'une hauteur

43/ Citez 2 grands dangers pour votre enfant à l'extérieur de la maison

- accident de la voie publique
- noyade dans un puit

44/ Donnez 4 règles de prévention des accidents des enfants à l'intérieur de la maison :

- mettre hors portée tt produit dangereux
- ne pas laisser traîner des petits objets
- éviter toute source de feu

45/ Que faire en cas d'intoxication de l'enfant ?

- acheminer à l'hôpital avec le produit d'intoxication
- autre

46/ Que faire en cas de brûlure de l'enfant par un liquide bouillant ?

- enlever les vêtements, eau froide pendant 15 minutes, envelopper dans un linge propre

47/ Que faut il surveiller chez un enfant qui a fait une chute sur la tête ?

- avec perte de connaissance : acheminer à l'hôpital
- sans perte de connaissance : surveiller la conscience, convulsions, vomissements

48/ Donnez 2 attitudes à suivre en cas de saignement chez l'enfant

- si plaie : comprimer la plaie pendant 5 à 10 minutes
- si épistaxis : faire moucher, position proclive, comprimer les narines pendant 10 minutes

49/ Quelle est votre conduite devant une morsure de serpent ou de scorpion ?

- désinfecter la plaie
- donner un antalgique
- consulter les urgences

### **Vaccination :**

50/ Citez au moins 4 des 7 maladies cibles de la vaccination

- tuberculose,  tétanos,  coqueluche,  poliomyélite,  diphtérie,  hépatite B,
- rougeole

51/ Quel est le nombre des vaccins jusqu'à 9 mois ?

- 8 vaccins
- autre

### **Infections respiratoires aiguës :**

52/ Citez au moins 3 signes évocateurs d'IRA

toux       écoulement du nez       difficulté à respirer       mal de gorge

53/ Quels sont les 3 signes de gravité d'IRA imposant l'hospitalisation ?

respiration difficile       respiration rapide       incapacité de boire

54/ Quelle est votre attitude devant un enfant qui a un rhume ?

donner à boire et à manger, continuer l'allaitement au sein, calmer la toux

autre .....

55/ Citez 3 règles simples de la prévention contre les IRA

allaitement au sein au moins 6 mois

alimentation riche

vaccination

hygiène

### **Les angines :**

56/ Quel est le principal risque des angines chez l'enfant ?

rhumatisme articulaire avec atteinte cardiaque       autre

57/ Citez 3 signes des angines imposant la consultation d'une formation sanitaire :

fièvre       difficultés à manger ou à boire       ganglion douloureux du cou

58/ Citez au moins 3 des droits protégeant les enfants

jouissance de meilleur état de santé

éducation : primaire obligatoire et gratuite

repos et loisirs

protection contre les stupéfiants et l'exploitation sexuelle

## REFERENCES

**1– Rapport de l'OMS 2005.** La mortalité maternelle et infantile inquiétante en Afrique du Nord : Algérie, Tunisie et Maroc.  
*Libération 2005, 4.*

**2–Royaume du Maroc.** Direction de la Planification et des Ressources Financières, Division de la Planification et des Etudes, Service des Etudes et de l'Information Sanitaire\_ SEIS :  
*Enquête sur la population et la santé familiale EPSF Maroc; 2003–2004.*

**3–W Maazouzi, N FIKRI BENBRAHIM, R ATIF :** Système de santé et qualité de vie, rapport thématique. Royaume du Maroc.  
*[www.rdh50.ma/FR/pdf/rapport\\_thematique/Sante/systsantequedeviecorri.pdf](http://www.rdh50.ma/FR/pdf/rapport_thematique/Sante/systsantequedeviecorri.pdf)*

**4–Royaume du Maroc,** ministère de la santé :  
*indicateurs de santé 2003, 7.*

**5– S Kumar Roy, M. Mnjibur Rahman , A Krishna Mitra:** Can mothers identify malnutrition in their children?  
*Health policy and planning; 1993, 8(2): 143–149.*

**6– A Boutayeb:** Social inequalities and health inequity in Morocco  
*Int J Equity health. 2006; 5: 1.*

**7– H Banet and A Browne:** Health hygiene and maternal education: Evidence from the Gambia.  
*Soc. Sci. Med. 1996, 43, 11, pp: 1579–1590.*

**8–D Oberlé:** Promouvoir pour la santé. Les valeurs des professionnels en éducation pour la santé. Pour une réflexion éthique. 1994, chapitre 3, p 65. *Collection Partage du réseau francophone international pour la promotion de la santé.*

**9-G AVANZINI:** De la formation et de l'éducation des adultes.

*bulletin Binet SIMON 4, 1984, 599, p160.*

**10-INSERM :** Education pour la santé des jeunes, démarches et méthodes.

*p1, 2,17 et 18 ISBN2-85598-794-6 ISNN1264-1782.*

**11- Charte d'Ottawa,** Novembre 1986.

*[www.cyes.info/themes/promotion\\_sante/charte\\_ottawa.php](http://www.cyes.info/themes/promotion_sante/charte_ottawa.php).*

**12- Déclaration de la deuxième réunion du réseau international de fondations pour la promotion de la santé.** 2002.

*[www.who.int/entity/healthpromotion/en/hpr\\_bangkok\\_st\\_fr](http://www.who.int/entity/healthpromotion/en/hpr_bangkok_st_fr).*

**13-C Bouchet :** Eclairage sur la prévention, l'éducation pour la santé, la promotion de la santé et leurs conditions d'efficacité.

*CRAES-CRIPS. 2000, 10.*

**14- Centre de coopération internationale en santé et développement :** Appui à la participation communautaire.

*[www.ccisd.org/fra/index2d.html](http://www.ccisd.org/fra/index2d.html)*

**15- OMS.** Participation communautaire à la santé.

*Adis Ababa. 2006, 11 : 20-22.*

**16- Royaume du Maroc,** secrétariat de l'état chargé de l'environnement.

*1992, chapitre 6: protection et promotion de la santé.*

**17-R Milligan, B K Wingrove, and L Richards:** Perceptions about prenatal care: views of urban vulnerable groups.

*BMC Public health. 2002; 2: 25*

**18–ML Keita** : Maternal and child health.

*Guinée, Direction nationale de la statistique, 2000: 113–34.*

**19–A Thimon**: Care of normal newborns after delivery.

*Revue des sages femmes. 2001;(8) : 19–22.*

**20–Royaume du Maroc**. Ministère de la santé. Santé de l'enfant au Maroc, situation et orientation stratégique. 2005, 4.

**21– UNICEF 2007**. Situation des enfants dans le monde.

**22– Royaume du Maroc**. Participation du Maroc à une conférence médicale à Paris.

Revue Repère médical, politique de santé n°5. 2006.

*www.repere-medical.com*

**23–M Sheth, M Obrah**: Diarrhoea prevention through food safety education.

*Indian J Pediatr. 2004; 71(10): 879–82.*

**24–AK Mbonye**: Risk factors for diarrhoea and upper respiratory tract infections among children in a rural area of Uganda.

*J Health Popul Nutr. 2004; 22(1): 52–8.*

**25–N Shinaia, S Faria, A Sellabanda**: Population study of knowledge and practice in Albanian population regarding water usage and diarrhoea prevention.

*Ann Ig. 2003; 15(4): 329–39.*

**26–EC Kaltenhaler, BS Drasar**: Understanding of hygiene behaviour and diarrhoea in two villages in Botswana.

*J Diarrhoeal Dis Res. 1996; 14(2): 75–80.*

**27–M Nielsen, A Hoogvorst, F Kouradsen:** Causes of childhood diarrhoea as perceived by mothers in Punjab. Pakistan.

*Southeast Asian J Trop Med Public Health. 2003; 34(2): 343–51.*

**28–G Abate, W Kogi–Makan, NM Muroki:** Health seeking and hygiene behaviours predict nutritional status of pre school children in a shum area of Addis Ababa. *Ethiopia.*

*Ethiop Med J. 2000; 55(1): 51–7.*

**29–O Ranyagin, V Pasandhanatorn, V Ranyagin:** Mother's hygiene behaviours and their determinants in Suphanburi, Thailand.

*J Diarrhoeal Dis Res. 1994; 12(1): 25–34.*

**30–KV Feliciano, MH Kovacs:** Maternal conceptions of infantile diarrhoea.

*J Pediatr (Rio J). 2001; 77(6): 487–95.*

**31–F Dehbi, A Aboussad:** Déshydratation par diarrhée aigue: analyse des facteurs de risque.

*Espérance médicale. 1991, 1:27–9.*

**32–R J McInnes, J G Love and D H Stone:** Independent predictors of breastfeeding intention in a disadvantaged population of pregnant women.

*BMC Public health. 2001; 1: 10*

**33–A Marandi, HM Afzali, AF Hossaini:** The reasons of early weaning among mothers in Teheran.

*Bulletin of the WHO, 1993, 71(5): 561–569*

**34–G S Marquis, J Diaz, R Bartolini:** Recognizing the reversible nature of child feeding decisions: Breastfeeding, weaning, and relactation patterns in a shanty town community of Lima, Peru.

*Soc. Sci. Med.* 1998, 47, 5, pp.645–656

**35–U Khin Maung, Nyunt-war, Myo-Khin:** Effect of clinical outcome of breastfeeding during acute diarrhoea.

*Br Med J (clin res Ed).* 1985; 290(6468): 587–589.

**36–J F Ludvigsson:** Breastfeeding in Bolivia, information and attitudes.

*BMC Pediatr.* 2003; 3: 4

**37–J.Labrere, C Dalta-lana, C.Shelstraete, A.Rivier:** Initiation et durée de l'allaitement maternel dans les établissements d'Aix et Chambéry (France).

*Arch Pédiat* 2001; 8: 807–15.

**38–D Gendrel, D R\_lenoble, M Kombila:** Allaitement maternel et parasites intestinaux.

*Arch Fr Ped.* 1988; 45:399 – 404.

**39–B Sherry, J Mc Divitt, LLBirch:** Attitudes, practices and concerns about child feeding and child weight status among socioeconomically diverse

*J Am Diet Assoc.* 2004; 104(2): 215–21.

**40– C J. Ticao and F E Aboud:** A problem solving approach to nutrition: Education within Filipino mothers.

*Soc.Sci.Med.* 1998, 46,12 pp.1531–1541.

**41– R Haider, I Kabir, J D Hamdani:** Reasons for failure of breastfeeding counselling: mother's perspectives in Bangladesh.

*Bulletin of the World Health Organisation,* 1997, 75(3): 191–196

**42–J. C. Martines, A. Ashworth, and B Kirkwood:** Breastfeeding among the urban poor in southern Brazil: reasons for termination in the first 6 months of life.

*Bulletin of the World Health Organisation. 1989, 67(2): 151–161.*

**43–M Bourrous, A Aboussad:** Pratiques de l'allaitement maternel. Revue marocaine de l'enfant. 2003, 1:42–45.

**44– G G Harrisson, S Zaghloul, And O M Galal:** Breastfeeding and weaning in a poor urban neighbourhood in Cairo, Egypt: Maternal beliefs and perceptions.

*Soc Sci Med. 1993; 36(8):1063–9.*

**45–An Ashworth, R G.Feachen:** Interventions for the control of diarrhoeal diseases among young children: weaning education.

*Bulletin of the WHO. 1985, 63(6): 115–1127.*

**46–M Tyane, H Chekli:** Immunization and childhood diseases. Rabat. Morocco.

*Ministère de la santé. Direction de la planification et des ressources financières, Service des études et de l'information sanitaire, 1999: 57–77.*

**47–NL Bouazzaoui:** Evolution of the vaccination timetable in Morocco.

*Bull Acad Natl Med. 2006; 190(4–5): 1017–32.*

**48–I.F Angelillo, G.Ricciardi, P.Rossi:** Mothers and vaccination: Knowledge, attitudes and behaviour in Italy.

*Bulletin of the World Health Organisation, 1999, 77(3).*

**49–I Kristensen, P Aaby, H Jensen:** Routine vaccinations and child survival: Follow up study in Guinea Bissau, West Africa.

*BMJ 2000; 321(7274): 1435.*

**50–Z Kabir, J Long, VP Reddaiah:** Non specific effect of measles vaccination of over all child mortality in an area of rural India with high vaccination coverage: a population–based–care control study.

*Bulletin of the World Health Organization. 2003; 81 (4): 244–250.*

**51–** Rapport de l’OMS, 2005. Maintien des grands progrès de la vaccination depuis un quart de siècle.

**52–ET Gareaballah, BP Loevinsohn:** The accuracy of mother’s reports bout their children’s vaccination status.

*Bulletin of the WHO, 1989, 67(6): 669–674.*

**53–M.T Ruel, D.L.Peletier, J.P.Habicht:** Comparison of mothers understanding of two child growth charts in Lesotho.

*Bulletin of the WHO, 1990, 68(4): 483–491.*

**54–H Caidi, IF Bennis, N Mouan:** Evaluation of the response to vaccination against poliomyelitis and measles in malnourished children in Morocco.

*East Mediterr Health J. 2004; 10(4–5): 474–81.*

**55–G Elsasser:** Prevention by vaccination of children and young people. Obstacles and examples of effective measures en the federal state of Brandenburg.

*Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz. 2004; 47(12): 1196–203.*

**56–J Yarmood:** Communicating vaccine benefit and risk–lessons from the medical field.

*Vet Microbiol. 2006; 117(1): 71–4.*

**57–A Balow, D S Manandahar, P Shreshta:** The effects of postnatal health education for mothers on infant care and family planning practices in Nepal: A randomised controlled trial.

*BMJ 1998; 316 (7134): 805–811.*

**58–DE Simiyu, EM Wafula, RW Nduati:** Mother's knowledge, attitudes and practices regarding acute respiratory infections in children in Baringo District, Kenya.

*East Afr Med J. 2003; 80(6): 303–7.*

**59–KM Ariff, P Schattner:** Domestic accidental injuries to children presenting at a rural general practice.

*Med J Malaysia. 1998; 53(1): 82–6.*

**60–SN Forjuoh, B Guyer, and GS Smith:** Childhood burns in Ghana: epidemiological characteristics and home based treatment.

*Burns. 1995; 21(1): 24–8.*

**61–T Tse, CH Poon, KH Tse:** Pediatric burn prevention: an epidemiological approach.

*Burns Epub. 2006; 32(2): 229–34.*

**62–D Oluwole, E Mason, A Costello:** Management of childhood illness in Africa.

*BMJ 2000; 320(7235): 594–595.*

**63–S G Leggat:** Healthy children, healthy country: the use of governing instruments in shifting the policy.

*Aust Newzeland health policy. 2004; 1: 4.*

**64–Royaume du Maroc,** programmes de santé reproductive et infantile, 30 ans de collaboration entre USAID et ministère de la santé du Royaume du Maroc.

**65-T MESKINI, L HSSISEN:** Prise en charge intégrée des maladies de l'enfant, nouvelle approche d'une population cible.

*www.santetropicale.com/santemag/maroc/hessissen1201.*

**66-C Elias, J Sherris:** Reproductive and sexual health of older women in developing countries. *BMJ 2003; 327(7406): 64-5.*

**67- Morocco. Ministère de la santé. Direction de la population. Division de la santé materno infantile:** Reducing maternal and neonatal morbidity and mortality.

*Revue des sages femmes. 2000; (13): 22-31.*

**68- Morocco. Ministère de la santé:** Safe motherhood events: achieved and anticipated activities in the Ministry of health in 2000.

*Revue des sages femmes. 2000; (14): 34-36.*

**69-AZ Teha, Sebai, Shabidullah:** Assessment of water use and sanitation behaviour of a rural area in Bangladesh.

*Arch Environ Health. 2000; 55(1): 51-7.*

**70-FS Mendoza:** Latino children's health and the family-community health promotion model.

*West J Med. 1999; 170(2): 85-92.*

**71-C J Machado, K Hill:** Early infant morbidity in the city of Sao Paulo, Brazil.

*Popul Health Metr. 2003; 1: 7.*

**72-PL Thornton, EC Kieffer, Y Salabarría-Pena:** Weight, diet, and physical activity-related beliefs and practices among pregnant and postpartum Latino women: the role of social support.

*Matern Child Health J.* 2006; 10(1):95-104.

**73-K Kirk, Shy and Z A Brow:** Maternal and foetal well-being  
*West J Med.* 1984; 14(6): 807-815.

**74-EM Fetohy:** Impact of a simple health education program about antenatal care on knowledge, attitudes, subjective norms and intention of pregnant women.

*J Egypt Public Health Assoc.* 2004; 79(3-4): 283-310.

**75-M Gadallah, M Rady, B Salem:** The effect of nutritional intervention program on the prevalence of anemia among pregnant women in rural areas of Belbis district. Sharika Governorate-Egypt.

*J Egypt Public Health Assoc.* 2002; 77(3-4):261-73.

**76-P R.Meier, H Janes Nickerson and K A. Olson:** Prevention of iron deficiency anemia in adolescent and adult pregnancies.

*Clin Med Res.* 2003(1):29-36.

**77-I Charlafti:** A right for family planning: the benefits of contraception for women's health and social status.

*EMBO Rep.* 2002; 3(3): 211-213.

**78-ME Thompson, TL Harutyunyan:** Contraceptive practices in Armenia: panel evaluation of an information-education-communication campaign.

*Soc Sci Med.* 2006; 63(11): 2770-83.

**79-S Ahmed, W H Mosley:** Simultaneity of maternal-child health care and contraceptives: evidence from developing countries.

*Demography.* 2002; 39 (1): 75-93.

**80–A Kaddour, R Hafez, H Zurayek:** Women’s perceptions of reproductive health in three communities around Beirut, Lebanon.

*Reprod Health Matters.* 2005; 13(25):34–42.

**81–K Katz, C Nare:** Reproductive health knowledge and use of services among young adults in Dakar, Senegal.

*Journal of Biosocial Science.* 2002; 34: 215–31.

**82–OA Moroukola, MM Ojadiran, A Amosu:** Reproductive health knowledge, beliefs and determinants of contraceptives use among women attending family planning clinics in Ibadan, Nigeria.

*Afr Health Sci.* 2006; 6(3):155–9.

**83–Mounir GM, Mahdy NH, Fatohy IM:** Impact of health education program about reproductive health on knowledge and attitude of female Alexandria University Students.

*J Egypt Public Health Assoc.* 2003; 78(5–6): 433–66.

**84–GG Smith, JP Pell and R dob:** Interpregnancy interval and risk of preterm birth and neonatal death: retrospective cohort study.

*BMJ* 2003; 327(7410): 313.

**85–A Marie, N Anderson, and J Wohlfarth:** Maternal age and foetal loss: population based register linkage study.

*BMJ.* 2000; 320(7251): 1708–1712.

**86–KL Dehne, R Snow, and KR O'Reilly:** Integration of prevention and care of sexually transmitted infections with family planning services: What is the evidence for public health benefits?

*Bulletin of the World Health Organization. 2000; 78(5): 628–39.*

**87–W Fongkaew, K Fongkaew, M Muecke:** HIV/sexual and reproductive health program for HIV prevention: the youth–adult partnership with schools approach.

*J Med Assoc Thai. 2006; 89(10): 1721–32.*

**88–J Keating, D Meekers, A Adewuyi:** Assessing effects of a media campaign on HIV/AIDS awareness and prevention in Nigeria: results from the VISION project.

*BMC Public Health. 2006; 6:123.*

**89–CM Kayode, AA Adeyemo, OO Omotade:** Beliefs and perceptions about HIV infection and AIDS among mothers of infants in Ibadan, Nigeria.

*West Afr J Med. 2002; 21(1): 43–7.*

**90–Agence Nationale pour le Développement de l'Evaluation Médicale, France :** Evaluation d'une action de santé publique: recommandations.

*1995, ISBN : 2-910653-20-x*